

Contribution à l'étude de la Pathogénie et du traitement des états psychoneurasthéniques

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. MICHEL Jean

Né le 18 Décembre 1908, à Foug (Meurthe-et-Moselle)

Interne à l'Asile de Maréville

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MICHEL, professeur . . .	<i>Président</i>
SANTENOISE, professeur	} <i>Juges</i>
DROUET, agrégé	
Docteur HAMEL	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY
IMPRIMERIE L. STOQUERT
16, AVENUE ANATOLE-FRANCE

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547412_0016

**Contribution à l'étude de la Pathogénie
et du traitement des
états psychoneurasthéniques**

Contribution à l'étude de la Pathogénie et du traitement des états psychoneurasthéniques

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. MICHEL Jean

Né le 18 Décembre 1908, à Foug (Meurthe-et-Moselle)

Interne à l'Asile de Maréville

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. MICHEL, professeur *Président*
SANTENOISE, professeur }
DROUET, agrégé } *Juges*
Docteur HAMEL }

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY
IMPRIMERIE L. STOQUERT
16, AVENUE ANATOLE-FRANCE

1933

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;

WEISS, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; BOUIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; ANCEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
GARNIER, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; MACÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; P. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRÉLICH, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHNSHOLZ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.
Hydrologie	M. SAINTENOISE, $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Histoire naturelle et parasitologie ...	M. G. THIRY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

Chargés de Cours complémentaires :

Enseig. social de la tuberculose (1) ..	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur.
Clinique des malad. tuberculeuses (1).	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses..	M. P. SIMONIN, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clin. gynécolog. et Patholog. externe.	M. A. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pro-pedeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, profes.
Cours d'embryologie et d'histologie..	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Médecine opératoire	M. M. BARTHELEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

Agrégés en exercice :

M. BARTHELEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	M. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
M. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	M. DROUET, A $\text{\textcircled{U}}$.
M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	M. P. SIMONIN, I $\text{\textcircled{U}}$.
M. VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.	M. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; S. RÉMY, I $\text{\textcircled{U}}$; BUSQUET, I $\text{\textcircled{U}}$.
L. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$. M. FAIRISSE, I $\text{\textcircled{U}}$
M. TRIBOLET, I $\text{\textcircled{U}}$, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MICHEL

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MES JUGES

Monsieur le Professeur SANTENOISE

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur d'Hydrologie et de Climatologie

Inspecteur Général des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur

Médecin des Asiles

Monsieur le Professeur Agrégé DROUET

Professeur de Clinique

propédeutique médicale

Monsieur le Docteur HAMEL

Chevalier de la Légion d'honneur

Chargé du Cours de la Clinique des maladies mentales

Médecin des Asiles

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DE L'ASILE DE MARÉVILLE

Nous sommes heureux de remercier Monsieur le Docteur Jacques Hamel à qui revient l'idée et tout le mérite de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour la peine qu'il s'est donnée en nous aidant avec beaucoup de bienveillance et pour l'enseignement quotidien qu'il nous a prodigué si patiemment pendant l'année passée à son service.

INTRODUCTION

C'est un médecin américain, Beard, qui, le premier, en 1880, introduisit dans la pathologie le mot de neurasthénie, pour désigner un état névropathique surtout caractérisé par des troubles physiques à retentissement mental secondaire. Ce terme de neurasthénie connut pendant de longues années un succès considérable et il est certain qu'il servit pendant longtemps à désigner quantité d'états psychopathiques élémentaires et atténués que nous appelons actuellement : dépression mentale, cyclothymie, états prodromiques de la schizophrénie ou des maladies nerveuses et mentales organiques, etc...

D'un autre côté, on créa le mot de psychasthénie pour désigner l'état de névropathes qui présentent, à côté de signes physiques plus discrets que dans la neurasthénie, des symptômes psychiques prédominants et graves. C'est Pierre Janet qui appliqua ce terme à un ensemble de faits cliniques caractérisés non seulement par l'asthénie, mais par l'angoisse et ses dérivés, et par des idées morbides conscientes (phobies et obsessions). Il fut conduit à cette conception synthétique par ce fait que tous ces troubles paraissaient survenir chez des sujets atteints d'une sorte d'abaissement de ce qu'il appelle : « la tension psychologique » et présentant une constitution mentale spéciale.

Nous conformant à la vieille tradition médicale qui admet leur étroite parenté, et pour des raisons pathogéniques sur lesquelles nous aurons à insister plus loin, nous confondrons sous l'appellation d'états psychoneurasthéniques des affections groupant deux ordres de syndrômes qui se traduisent, d'une part par des troubles somatiques divers, de l'autre par des troubles psychiques allant d'un simple état conscient de malaise et d'impuissance jusqu'à des troubles plus graves tels que phobies et obsessions. Car, si après avoir groupé sous le nom de neurasthénie, un assemblage d'états névropathiques mal connus, on en est arrivé, par réaction contre cet état de choses manifestement abusif, à nier son existence en tant qu'entité morbide et psycho-névrose autonome, il faut bien reconnaître que l'on est obligé encore aujourd'hui de ranger quantité de malades, souvent assez différents les uns des autres, sous une appellation générale. Les faits cliniques, la pathogénie commune à tous ces états montrent qu'en réalité, il est plus juste de s'en tenir à un terme large et compréhensif, lorsque l'on se trouve en présence des névropathes que nous allons étudier, et au point de vue thérapeutique il y a tout intérêt à le faire. Il est le plus souvent extrêmement difficile, voire impossible de faire entrer la plupart de ces malades dans les cadres classiques, beaucoup d'entre eux chevauchant les barrières qui séparent ces cadres et presque tous allant de l'un à l'autre au cours de l'évolution de leur affection. C'est devant cette difficulté qui assaille le médecin dans sa pratique et pour des raisons de parentés étiologiques et

pathogéniques étroites que nous étudierons ces états sous le nom de psychoneurasthéniques.

Sans vouloir entrer dans les détails de la symptomatologie, ce qui sortirait du cadre de ce travail, il nous semble utile de rappeler brièvement ici les troubles que l'on rencontre le plus souvent au cours de ces affections. Nous aurons d'ailleurs à y revenir plus longuement en les étudiant au point de vue plus spécial de leur pathogénie.

Surtout fréquents chez la femme, on y rencontre tous les symptômes de la neurasthénie et tous ceux de la psychasthénie diversement intriqués. Au premier plan et d'une manière constante, la dépression. L'asthénie des neurasthéniques a été longuement décrite par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Il est à noter qu'elle s'accompagne de tristesse, à l'encontre de la fatigue physiologique telle que celle qui suit l'effort sportif, par exemple et qui, elle, au contraire, s'accompagne d'un sentiment de satisfaction. Viennent ensuite les douleurs de types variés mais dont les plus fréquentes sont celles du dos et de la nuque, les douleurs épigastriques et cardiaques, des sensations de piquûres et de brûlures à fleur de peau, souvent intenses, la céphalée qu'il est classique de comparer à la striction d'un casque.

Ces malades présentent en outre, le plus souvent, des phobies diverses : claustro et agoraphobies, la crainte de celle de devenir fou. Plus pénibles encore sont les obsessions : crainte obsédante de l'incurabilité et de la mort, crainte obsédante du suicide, du meurtre. Ces individus ressentent une impression de

déchéance, ils perdent les sentiments d'affection familiale et font preuve d'une indifférence envers des proches tels qu'un mari, un père ou une mère pour lesquels ils nourrissaient auparavant une affection normale. Ordinairement grands imaginatifs, ils se voient se livrer à des actes qui font preuve non seulement de leur indifférence mais bien plus souvent de leur hostilité envers les membres d'un entourage jusque là très cher. L'anxiété est fréquente, la douleur morale presque permanente. L'insomnie est la règle, survenant par période mais toujours d'une manière tenace.

On voit que ce syndrome, dont nous venons d'énumérer les symptômes capitaux, emprunte des éléments à la neurasthénie, à la psychasthénie, à la névrose d'angoisse. Ils sont tous sensitifs, coenesthésiques, ou psychiques, donc subjectifs.

Il faut remarquer qu'il n'y entre pas d'élément intellectuel, sinon secondaire. La caractéristique essentielle réside dans la conservation de l'auto-critique, ces malades ayant une conscience absolue d'un état morbide.

A ces symptômes, on peut voir s'adjoindre : presque toujours des symptômes fonctionnels somatiques très variés : digestifs, cardiaques, vaso-moteurs, moins souvent des préoccupations hypocondriaques, accompagnées quelquefois de tendances égocentriques, vaniteuses, revendicatrices, des idées délirantes de nature mélancolique (idée d'indignité et surtout un véritable « *tœdium vitæ* » avec tendances impulsives au suicide), des manifestations de surexcitation cérébrale, véritables états hypomaniaques, des

symptômes hystériques, des énervements avec crises névropathiques et désarroi simulé.

Suivant la prédominance de ces symptômes, on aura des formes cliniques variées sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici mais qu'il est facile d'entrevoir.

L'évolution se fait le plus souvent par crises entre lesquelles persiste un état mental spécial. Nous verrons que l'état mental antérieur présentait quelques particularités. Celui qui se constitue ensuite et persiste entre les crises est différent, caractérisé par une hyperémotivité de degré supérieur et le souvenir indéfiniment persistant du premier accès avec crainte de retour.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE

1° HISTORIQUE DE LA PATHOGÉNIE

Si tous les auteurs se sont mis rapidement d'accord sur la symptomatologie du syndrome neurasthénique, ils se sont presque immédiatement divisés à propos de sa pathogénie. Cette question est pourtant d'une importance capitale si l'on envisage dans l'étude des psychonévroses autre chose que le moyen de pénétrer la psychologie normale mais bien plutôt, à un point de vue plus pratique, la guérison des malades qui viennent demander un soulagement à leurs misères.

Les conceptions pathogéniques qui ont été émises sont extrêmement nombreuses ; nous n'avons pas l'intention de rappeler toutes les théories par lesquelles on a essayé d'expliquer les symptômes neurasthéniques, nous ne nous occuperons que des principales. Pour donner un peu de clarté à l'exposé des grandes théories pathogéniques qui ont été envisagées par les

différents auteurs, nous les diviserons en deux groupes :

- A) Théories organiques.
- B) Théories psychiques.

A) *Théories organiques*

Rappelons pour mémoire l'opinion de Beard qui voyait un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation de la cellule cérébrale, celle d'Erb accusant un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux. Il nous faut cependant dire quelques mots d'une théorie échaffaudée sur des données physiologiques : la théorie vaso-motrice étudiée par Angel qui démontra par des expériences minutieuses à l'aide du pléthysmographe de Mosso l'hyperexcitabilité du système vaso-moteur et l'extrême facilité de son épuisement chez les neurasthéniques. Weber, rapprochant ces faits expérimentaux de faits cliniques, émit l'hypothèse que tous les symptômes d'épuisement nerveux dépendaient de troubles vaso-moteurs, des alternatives de spasme et de congestion s'effectuant dans les centres nerveux sous l'influence des causes les plus légères.

De tous les symptômes rencontrés au cours de ces états neurasthéniques, les troubles dyspeptiques sont peut-être les plus fréquents, aussi n'est-il pas étonnant que l'attention ait été attirée de tout temps sur l'appareil digestif et que l'on ait voulu le rendre responsable des autres accidents. C'est Bouchard qui fut l'un des

premiers à émettre cette théorie pathogénique en insistant sur la quasi constance du dysfonctionnement digestif et de l'auto-intoxication, sa conséquence : la dilatation de l'estomac, considérée par cet auteur comme point de départ de tous les accidents, est due à l'atonie de la musculature de cet organe; en même temps, la sécrétion gastrique diminuant, il en résulte ce double fait : la stagnation d'un mélange d'aliments et de liquides provenant de la partie supérieure du tube digestif, puis des fermentations anormales, d'où production de toxines solubles qui, résorbées continuellement, vont intoxiquer tout l'organisme et en particulier les centres nerveux. Hayem et Winter voyaient un trouble dans le chimisme stomacal, à côté de fermentations anormales. Ils pensaient que « l'on peut incriminer bien d'autres substances nuisibles qui prennent naissance pendant le cours des digestions pathologiques, par suite de l'élaboration vicieuse des matériaux de l'alimentation. Tels sont les principes dérivés des matières hydrocarbonées et des albuminoïdes, divers acides volatils et éthers composés, etc... »

Prévoyant les liaisons étroites des deux systèmes par l'intermédiaire du sympathique, sans qu'il ait prononcé le mot, Pron, en 1904, dans sa thèse écrivait : « dès que la cellule cérébrale est irritée par un chagrin ou un travail intellectuel trop prolongé, cette irritation se transmet au plexus solaire et l'estomac souffre. De même toute excitation normale ou anormale du centre nerveux stomacal modifie immédiatement l'état dynamique de la cellule cérébrale ».

Glénard qui avait constaté chez beaucoup de neurasthéniques la ptose des viscères abdominaux, avait lui aussi, émis l'opinion que les symptômes nerveux étaient engendrés par le relâchement de ces organes, par un mécanisme identique à celui que nous venons de décrire. Mais il abandonna sa théorie de l'entéroptose pour s'attacher à celle de l'hépatisme, en l'envisageant comme une sorte de diathèse sous l'influence soit de l'hérédité, soit des intoxications soit des infections, les troubles dyspeptiques n'en étant que la conséquence.

Gilbert et Lereboullet ont fait remarquer que, bien souvent, au cours des affections évidentes et surtout latentes des voies biliaires et du foie, on rencontrait des symptômes caractéristiques de la maladie de Beard. Ils ont particulièrement insisté sur la ressemblance entre la symptomatologie de la neurasthénie et celle de la cholémie familiale. C'est ainsi qu'ils sont arrivés à conclure que nombre de neurasthénies dites primitives devaient être considérées comme des affections neuro-biliaires.

B) *Théories psychiques*

A côté de ces théories pathogéniques, émises par les organicistes, dont nous n'avons mentionné que certaines, car elles sont extrêmement nombreuses, d'autres auteurs, frappés par la multiplicité et le polymorphisme de ces hypothèses, n'ont pas voulu s'y arrêter. D'après eux, tous les troubles dont se plaignent

les neurasthéniques sont subjectifs, l'état somatique est sous la dépendance de l'état mental, seul responsable.

Dubois de Berne basa sur cette façon de concevoir la pathogénie des névroses, une thérapeutique qui fit fortune. Ses études se distinguent tout d'abord par leur caractère négatif, une tendance à éliminer les choses auxquelles d'ordinaire, les médecins attachent une grande importance. L'analyse des symptômes et le diagnostic ne le préoccupent pas, il ne cherche pas à distinguer les psycho-névroses les unes des autres : « Il est inutile, dit-il, de s'efforcer de donner à l'hystérie le caractère d'une entité morbide, de la séparer artificiellement de la neurasthénie avec laquelle elle est presque toujours combinée. Les modifications de la sensation ne méritent pas de retenir un instant notre attention. La sensation peut être annihilée par la distraction ou par l'auto-suggestion inhibitrice, elle peut être rendue plus aiguë et grossir par l'attente, elle peut être créée de toutes pièces par la représentation mentale. Les troubles que le malade a constaté sont simplement fonctionnels, ils n'ont en eux-mêmes ni gravité, ni importance ; on le comprend très bien quand on se rend compte de leur véritable nature et de leur origine ».

Déjerine, peu satisfait des essais de pathogénie organiscite dont nous avons entrevu les principales écrivait : « en somme, pas plus que la théorie de l'intoxication trouble primordial, la théorie de l'épuisement avec ou sans intoxication secondaire ne répond à la réalité des faits cliniques.

« Pour nous, la neurasthénie n'a que des facteurs
« psychologiques et ces facteurs psychologiques c'est
« essentiellement, sinon exclusivement, l'émotion qui
« les détermine ».

Il fait jouer un rôle capital à l'émotion dans la production des manifestations fonctionnelles des névropathies, considérant un grand nombre d'elles comme une sorte de cristallisation de phénomènes émotifs. Il va plus loin et cherche à démontrer que l'émotion préside à la constitution non seulement des accidents des psycho-névroses mais : « à la genèse même du terrain mental sur lequel se greffent ces accidents ». Distinguant deux origines à l'émotion l'une extérieure, l'autre intérieure dans son livre : « les manifestations des psycho-névroses », il étudie en détail les réactions psychologiques immédiates, puis tardives, produites par l'excitation émotive. Il passe ensuite aux troubles physiques de l'émotion pour envisager leurs rapports avec les troubles psychiques et en arrive à émettre l'hypothèse que : « les champs de la conscience intellectuelle voisinent avec ceux de la conscience organique », et que « il y a une action réciproque évidente des phénomènes de mentalité sur les phénomènes organiques considérés comme cause ou comme effets » ; ce qui expliquerait que des phénomènes d'excitation ou de dépression psychiques diffuses soient susceptibles d'influencer la marche générale des fonctions organiques. Les modalités physiques des réactions émotives sont variables selon les individus, chacun réagissant à l'émotion d'une manière qui lui est propre, et non seulement propre mais semblable

quelque soit la nature de l'émotion. L'émotion-choc qui jouerait un rôle prépondérant dans la genèse de l'hystérie, n'interviendrait en tant qu'action immédiate, que d'une façon minime en ce qui concerne le développement des états neurasthéniques. Déjerine accorde en effet que l'individu en pleine santé physique ne devient pas neurasthénique s'il est surpris par un choc émotif, même dans les cas où les circonstances qui ont entouré l'apparition de l'affection peuvent le faire penser ; il n'y arrivera qu'à la longue et « parcequ'il n'a pu se dégager du souvenir de l'émotion qu'il a subie... La dislocation mentale et morale du sujet ne se fait en général que progressive-ment ». Alors que chez l'hystérique, explique l'auteur, on rencontre une mentalité particulière avec un état moral à peine modifié ; chez le neurasthénique, au contraire, on se trouve en présence d'un malade frappé avant tout de son état moral. Or, alors que l'erreur de représentation mentale, les décharges émotives de tous ordres constituant les accidents hystériques, peuvent s'installer d'emblée, les modifications de l'état moral seront nécessairement progressives. Pour créer un état de pessimisme général, il ne suffit pas d'une grosse émotion mais de phénomènes émotifs qui se prolongent, se superposent et s'additionnent. Il lance cette affirmation : « dans la genèse des états de névrose, il existe toujours une cause émotive ». La nature de ces causes serait variable, souvent elle devrait être recherchée dans la zone génitale ; souvent aussi c'est dans la vie affective qu'on la trouverait, parfois c'est l'avenir qui est en jeu, ce sont encore les

infériorités réelles ou supposées dans le domaine de la santé. Quoiqu'il en soit, cette cause évidente ou dissimulée existerait toujours.

Déjerine conclut par cette définition : « la neurasthénie est constitué par l'ensemble des phénomènes qui résulte de la non adaptation de l'être à une cause émotive continue et de la lutte de l'être pour cette adaptation ».

Pierre Janet, dont le nom reste inséparable de celui de psychasthénie, a rejeté cette théorie émotionnelle pour y substituer une théorie plus générale. Il voit dans ce syndrome une faiblesse congénitale de certaines fonctions mentales et tout particulièrement de la « fonction du réel » (en vertu de laquelle nous pensons et agissons avec l'impression satisfaisante de la réalité), fonction supérieure que conditionnerait un degré suffisant de « tension psychologique ». Chez le psychasthénique, sous l'influence de troubles nutritifs et toxiques des centres cérébraux, il se produirait une baisse de cette tension psychologique, et le sujet ne parviendrait plus à la perception de la réalité. C'est de là que viendraient ces sentiments d'« incomplétude » (incapacité à sentir les choses complètement), cette défiance de soi qui constitue l'état mental de ces malades, lorsqu'ils cherchent à effectuer des opérations mentales de « haute tension » ils gaspillent l'effort qu'il mettent en œuvre, l'énergie libérée « dérive sur des opérations inachevées ou inférieures comme les ruminations intérieures de l'obsession ou les agitations de l'angoisse ».

La psychanalyse dont les psychonévroses consti-

tuent le champ d'études le plus important ne pouvait se désintéresser de la question.

Dans un livre intitulé : « la psychanalyse des névroses et des psychoses » publié par Régis et Monsieur le Professeur Hesnard en 1914, est exposée leur conception pathogénique, analytique et freudienne, avec une rigueur catégorique qui a, au moins, le mérite de la simplicité; leur point de vue est le suivant: « l'étiologie des états neurasthéniques serait toujours l'abus de la masturbation ou des pollutions spontanées exagérées. L'action prolongée et intensive de cette pernicieuse satisfaction à laquelle s'adonnent plus ou moins beaucoup d'adultes, sans en connaître le danger réel, détermine directement la neurasthénie parfois sous forme aiguë »...

Nous nous empressons de dire à son honneur, que la psychanalyse a fait des progrès en France depuis 1914, du moins dans le domaine de l'éclectisme (Freud semble en être resté à sa conception primitive).

Dans son livre récent sur « les syndrômes névropathiques », Monsieur Hesnard étudiant surtout la nature du terrain psychologique sur lequel évoluent les états psychoneurasthéniques, rappelle la description que Pierre Janet fit du syndrome psychasthénique pour critiquer cette hypothèse de la fonction du réel résultante de la tension psychologique que nous rappelions plus haut : « nous nous refusons à admettre », écrit-il « qu'il y ait une difficulté réelle, définitivement conçue de façon scientifique, dans l'acte de l'esprit qui donne à l'individu l'impression du réel. Nous nous refusons également à considérer les psy-

« chasthéniques comme des déficients de l'énergie
« psychique, trop de faits nous inclinant à penser
« qu'ils souffrent au contraire d'un trop plein d'éner-
« gie qu'ils ne savent dépenser... Pour nous, le sens
« du réel est la résultante directe d'un assouvissement
« intégral, harmonieux, des grandes tendances affec-
« tives, en particulier des instincts, comme l'instinct
« sexuel ».

Le Professeur Hesnard croit à un trouble très précoce de l'évolution instinctive qui a détourné le malade, encore jeune, de la joie de vivre, de la spontanéité des sentiments naturels. Il présente, dit-il, un infantilisme affectif, un attachement à l'enfance, une passivité de l'instinct qui transparaissent plus tard, dans sa mentalité. Le doute, explique-t-il, est le plus souvent « une trace de cette dualité affective qui le fai-
« sait jadis aimer et haïr le nourricier esclave et
« maître de sa vie, auquel il obéissait mais en résis-
« tant ». Le scrupule et la honte sont des formes de cette condamnation de soi-même « systématisée jadis
« en lui en vertu d'une identification affective avec les
« parents que, ne pouvant dominer, il copiait morale-
« ment ». Le sentiment d'infériorité et d'incomplétude provient de l'impression qu'il ressent de n'être pas capable de jouir pleinement de la vie comme les autres auxquels il est inférieur par l'instinct. Son refus des plaisirs et des peines de la réalité le feront se réfugier dans la rêverie. Vivant en lui-même « il a à peu près spécialisé son malaise de vivre sur des mobiles infimes et secrets lui rappelant, par certaines analogies affectives et symboliques, des situations, in-

tuitives et non conscientes le plus souvent, ses inassouvissements intérieurs. C'est ce qui crée son impressionnabilité à des choses qui laissent indifférents les gens normaux. Il est incapable de détourner sur les objets réels son intérêt fixé à sa propre personne et cette impuissance engendre le sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation ».

La psychasthénie serait surtout caractérisée par le « développement constitutionnel de certains sentiments morbides conscients, résultat éloigné d'un trouble évolutif de la vie instinctive qui empêche l'individu, non précisément de percevoir la réalité ni d'agir sur elle, mais de s'épancher affectivement de façon suffisante dans la vie pratique et sociale » (1).

Messieurs Borel et Cenac, au congrès des Psychanalystes de langue française de 1933 ont montré comment ce trouble évolutif général et commun à toutes les névroses, intervient dans la genèse de l'obsession. Nous aurons à y revenir longuement en exposant sa pathogénie.

(1) Sous un nom un peu différent, mais en lui conférant un sens à peu près identique, Yung, élève dissident de Freud, a décrit ces individus sous le nom d'« introvertis », en leur opposant sous celui d'« extrovertis » ceux que Bleuler a nommés les « syntones ».

2° ESSAI DE PATHOGÉNIE

Voilà, rapidement passés en revue, les principaux types de théories pathogéniques qui ont été émises depuis l'introduction de la neurasthénie par Beard dans la pathologie. Le moment est venu de nous demander s'il est possible d'en tirer une conception générale, une pathogénie qui jette la lumière sur les notions qui nous fournissent l'étude des causes, l'analyse des signes cliniques, les résultats de la thérapeutique. Ici, une question se pose immédiatement. Les états psychoneurasthéniques sont-ils un point de départ physique ou psychique ? En d'autres termes : des pathogénies organiques et psychiques, laquelle adoptons-nous ?

Il semble que la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question penchent pour faire des états psychoneurasthéniques des troubles à point de départ somatique à retentissement mental secondaire. Les psychanalystes eux-mêmes, dont l'objet d'étude est exclusivement le champ de phénomènes psychiques rencontrés au cours des névroses admettent, après Dupré, que ces affections n'évoluent que sur un terrain mental spécial que cet auteur avait appelé la constitution émotive. Cette constitution consiste en une disposition spéciale, une aptitude à présenter des réactions émotives disproportionnées à la cause qui les fait naître, et se caractérise par un état d'instabilité sensitive et d'insuffisance inhibitoire du système nerveux. D'après Dupré, cette constitution pouvait être soit héréditaire et relever « de nombreux facteurs de la dégénérescence », soit acquise et capable d'appar-

raître à la suite de traumatismes, de troubles sensitifs, d'infections ou d'intoxications « à détermination nerveuse ». En somme, c'était admettre les troubles physiques comme primitifs et nécessaires à la base de ce tempéramment morbide.

Qu'un état mental spécial soit indispensable à l'éclosion des troubles névropathiques, la chose est probable : « Telle disposition physiologique est une condition nécessaire mais non suffisante de tel état psychique », écrit Bergson. Mais peut-on admettre que les chocs émotifs, un refoulement des tendances affectives et des instincts, si loin qu'on les fasse remonter dans la vie de ces individus engendre une « constitution » particulière sans que le terrain somatique ne s'y prête ? Le Professeur Hesnard lui-même, ne semble pas être aussi affirmatif. Loin de nous la pensée de nier l'influence quelquefois évidente des facteurs psychiques, en particulier émotifs, dans la genèse de ces états ; l'observation clinique ne laisse pas de doute sur leur rôle indéniable en tant que cause occasionnelle. Néanmoins, nous pensons qu'à l'origine existent des troubles physiques, que l'état psychique n'est que secondaire alors que les troubles somatiques sont primitifs. En analysant les symptômes neurasthéniques les uns après les autres, en cherchant à faire ressortir l'intrication étroite qui existe entre eux et en particulier entre le groupe des signes physiques et l'état mental, nous nous efforcerons de montrer comment nous avons cru devoir adopter cette opinion.

Les conceptions pathogéniques que nous avons citées plus haut dans un but surtout historique, ne sau-

raient naturellement plus nous satisfaire aujourd'hui, et pour réfuter seulement celle qui eut le plus de succès à son heure, la théorie de l'entéroptose, il est évident (et cette objection ne s'est pas fait attendre) qu'il existe des neurasthénies sans entéroptose et des entéroptoses sans neurasthénie. Toutes les pathogénies qui s'échaffaudent sur la prédominance d'un symptôme, se heurtent à la même objection et il semble impossible d'accuser tel ou tel trouble plutôt que tel autre comme chacun est tenté de le faire devant le succès d'un traitement mono-symptomatique qui fait disparaître en même temps que le trouble auquel il s'adresse, les autres accidents, pourtant d'un ordre différent. Il semble plus logique et plus fructueux de considérer les états psycho-neurasthéniques comme étant la résultante d'une sorte de cercle vicieux, d'une chaîne, dont les chaînons seraient représentés par les divers symptômes, aussi bien physiques que psychiques. Ces symptômes, en effet, ont entre eux des rapports extrêmement étroits et retentissent, comme nous le verrons plus loin, les uns sur les autres. Envisageant les liens serrés qui les unissent, nous allons étudier successivement les différents troubles rencontrés au cours des psychoneurasthénies, à la lumière des données récentes de la clinique, de la physiologie et du laboratoire.

3° PATHOGÉNIE DES SYMPTOMES

a) *La sensation de fatigue*

Si l'on parcourt quelque ouvrage traitant de la neurasthénie, il est de règle de trouver, après quelques

considérations générales sur cette affection, une longue description de la fatigue accusée par ces sujets. Les anciens auteurs ne consacraient pourtant à ce symptôme que quelques lignes de description, dominés par l'idée qu'il s'agit là d'un phénomène essentiellement subjectif. « Dans la majorité des cas, écrit « Gilbert Ballet, l'amyosthénie neurasthénique, tout « en étant plus ou moins continue, varie, s'atténue, « se dissipe ou s'accroît du jour au lendemain, on « pourrait dire d'un instant à l'autre, et cela sous l'influence de causes qui sont principalement d'ordre « moral ».

Cette fatigue est caractérisée par une sensation de pesanteur de tout le corps et qui réclame un effort incessant de la volonté pour se tenir debout, marcher, courir, gravir un escalier, etc... Elle n'a rien de commun avec la fatigue physiologique accompagnée de l'impression souvent agréable de lassitude qui est consécutive à un surmenage musculaire, sportif par exemple. Au réveil, ces névropathes sont las ; une bonne nuit les fatigue, et c'est à l'encontre de l'individu sain, dans la soirée que survient une impression de délassement. De cette notion de fatigue on peut faire ressortir deux ordres de faits : ces malades ont, d'une part, l'impression de lassitude en dehors de tout effort, d'autre part ils sont fatigables, cette fatigabilité étant synonyme d'asthénie musculaire ou d'amyosthénie. Le neurasthénique se fatigue plus rapidement que l'individu normal et sa fatigue est plus tenace.

Cette sensation est-elle subjective ? Déjerine en faisait le plus souvent un simple phénomène de sug-

gestion, « un souvenir de fatigabilité expérimentée, plus ou moins continuellement invoqué », la fatigue au réveil n'étant qu'un phénomène banal qui ne deviendrait manifestation neurasthénique que lorsque le sujet s'obséderait sur cette sensation. Maurice de Fleury, dans son premier livre : « Les grands syndrômes neurasthéniques », réagit contre cette manière de voir, en invoquant deux séries d'arguments : d'une part, la conviction profonde à laquelle il s'est heurté chez les nombreux malades dont il avait essayé de nier l'état de fatigue, impossible à modifier par la suggestion, d'autre part, les données obtenues par différents moyens de mesurer la force musculaire : l'ergographe de Mosso et celui de Binet, le dynamomètre de Ch. Henry.

Beaucoup plus convaincante est l'observation quasi-constante, au cours de ces états, de l'alcalose sanguine. Or, on sait que l'alcalose varie quotidiennement et parallèlement à la sensation de fatigue. On a montré que l'asthénie s'exagérait au cours de l'alcalose post-prandiale, des cures alcalines prolongées, de l'hyperpnée, de l'alcalose gazeuse par hyperventilation pulmonaire au cours du bain chaud. On constate, au contraire (et c'est là une excellente contre-épreuve), l'influence heureuse des acides minéraux qui, administrés pendant la nuit, suppriment l'asthénie du réveil. Citons pour exemple les chiffres relevés par Montassut, chez un sujet qui présentait au réveil une fatigue intense avec amélioration en fin de journée et dont le pH sanguin était de 7,52 le matin avec une réserve alcaline de 67,49 et le soir pH 7,46 et réserve alcaline

60,49. La sensation de fatigue a, de tout temps, été remarquée au cours des affections du foie. Glénard en a signalé la discontinuité chez les malades atteints d'hépatisme. Or, comme nous le verrons plus loin, au rang des insuffisances glandulaires nombreuses au cours des états psycho-neurasthéniques, l'insuffisance hépatique est une des plus fréquemment rencontrées. Montassut et Larmarche ont insisté sur sa fréquence chez les neurasthéniques. Ils ont appelé l'attention sur ce fait qu'ils étaient, comme les alcooliques, particulièrement sensibles aux chocs hémoclasiques.

Le syndrome clinique fatigue peut être encore interprété à la lueur des données fournies par l'examen neuro-végétatif. Les syndromes matinaux qui accompagnent cette asthénie du réveil appartiennent pour la plupart à la vagotonie : états nauséux, ralentissement de la circulation périphérique, respiration superficielle, tendance aux spasmes. Dans une série de recherches, Laignel-Lavastine, en établissant à un moment constant de la journée l'état du tonus neuro-végétatif et du pH urinaire, a constaté chez divers malades dont un certain nombre déprimés anxieux : « un parallélisme frappant entre l'alcalose urinaire et « la vagotonie ». Des recherches précises ont été effectuées dans ce sens par MM. Drouet, Hamel et Verain. Ces auteurs ont montré par des analyses nombreuses que l'alcalose sanguine était augmentée chez les anxieux. Ils ont en outre contrôlé la notion des rapports de l'alcalose et de la vagotonie et trouvé un R.O.C. exagéré.

Comme Hasselbach l'a montré, le foie intervient

dans la régulation de l'alcalose sanguine et peut-être conviendrait-il de lui imputer les modifications signalées en tenant compte aussi des influences réciproques des fonctions hépatiques et neuro-végétatives. Leur relation est étroite, ainsi qu'il apparaît au cours de l'hémoclasie digestive qui peut, comme l'a montré notre maître M. le Professeur Santenoise, être indifféremment employée comme procédé d'investigation hépatique ou moyen d'exploration neuro-végétative.

La notion qu'il existe un rapport étroit entre l'insuffisance sécrétoire des glandes surrénales et l'asthénie n'est certes pas nouvelle. Or (et nous aurons à y revenir à tout moment au cours de cette étude pathogénique des symptômes psychoneurasthéniques) nos névropathes sont atteints de troubles endocriniens nombreux et constants du type hypo-fonctionnement glandulaire et les surrénales n'échappent probablement pas à cette insuffisance fonctionnelle. Il semble donc légitime d'y voir une relation avec la sensation de fatigue, sans toutefois pouvoir rien affirmer, car, à notre connaissance, aucune recherche clinique suivie n'a été faite sur ce point particulier.

L'asthénie neurasthénique peut encore trouver une explication dans l'hypotension observée d'une manière quasi-constante. Or, dans leur rapport au Congrès de médecine de Montpellier en 1929, Lian et Blondel disaient : « la fatigabilité est le symptôme le plus fréquemment observé à côté de l'hypotension artérielle. Elle n'est pas un accident passager comme les lipothymies, les syncopes. C'est, au contraire, le stigmate permanent de la plupart des cas d'hypotension

« artérielle ». Sans vouloir faire de ces troubles cardiaques l'unique cause de la sensation de fatigue dans l'affection qui nous intéresse, il semble bien que cette notion apporte un substratum encore plus solide, parce que plus objectif, à des impressions pénibles qui ont peut-être été trop mises (et qui le sont encore souvent aujourd'hui) sur le compte d'une imagination en mal de misères rares et trop encline à se plaindre de ce que chacun croit subir avec patience et grandeur d'âme.

b) *Les troubles digestifs*

Les nombreux auteurs qui ont étudié la neurasthénie les ont décrits abondamment. On est, au cours de ces longues énumérations, frappé de la diversité des troubles subjectifs, ce qui ne saurait étonner en fait de pathologie digestive. On sait le rôle capital du nervosisme et du psychisme chez les malades qui se plaignent de digestions difficiles, d'évacuations intestinales insuffisantes ou laborieuses, de sensations abdominales étranges. Ce sont ces malades que l'on qualifie plus ou moins explicitement de « nerveux » pour autant que cette épithète soit capable de satisfaire un esprit médical.

Le rôle du système organo-végétatif en pathologie digestive est de premier plan et la connaissance des désordres vago-sympathiques aide à comprendre le polymorphisme des troubles rencontrés au cours des états psychoneurasthéniques. Il s'en faut, en effet, que l'on n'y trouve que la dyspepsie décrite anciennement par Bouveret. S'il est vrai que l'atonie mus-

culaire et l'insuffisance sécrétoire, que la constipation soient fréquentes, on admet aujourd'hui que cette catégorie de malades ne se rencontre pas à l'exclusion de toute autre. A ce type d'hypotonique hypochlorhydrique avec digestion lente, anorexie, s'oppose le type hypersthénique avec exagération de la sécrétion gastrique accompagnée du cortège habituel des brûlures, de la faim douloureuse, etc... Dans une troisième catégorie, nous rencontrerons, suivant l'époque de l'observation, tantôt le premier type de troubles, tantôt le second. Cette inconstance et la constatation de symptômes paradoxaux en apparence, ne font-elles pas songer à une instabilité neuro-végétative, apparentée à ce que Guillaume appelle « la neurotonie alternante » ?

Il n'en reste pas moins vrai que les troubles digestifs rencontrés au cours des états psycho-neurasthéniques sont le plus souvent du type franchement hypochlorhydrique avec atonie gastro-intestinale et anorexie. Tous les éléments semblent réunis pour engendrer à peu près à coup sûr, le syndrome d'auto-intoxication intestinale qui n'a point manqué, dès le début, d'attirer l'attention des médecins. Ils y ont vu pendant longtemps un facteur pathogénique essentiel.

De ces troubles digestifs par carence sécrétoire, on peut approcher le dysfonctionnement hépatique du même type et qui joue un rôle important dans la pathogénie de la neurasthénie. Nous avons noté plus haut les rapports qui existent entre l'insuffisance hépatique, la durée du transit intestinal et l'alcalose.

c) *Les troubles circulatoires*

Les troubles du rythme circulatoire sont de types variés : tachycardie habituelle ou tachycardie par intervalles. Certains malades réagissent dans le sens vagotonique, les autres, plus nombreux, dans le sens sympathicotonique.

Des palpitations surgissent sans cause apparente, il y a souvent, en particulier dans les époques de grande asthénie, des extra-systoles, accompagnées d'inquiétude anxieuse, quand elles se répètent à intervalles rapprochés. L'angoisse, lorsqu'elle se localise dans la région cardiaque, donne naissance à la fausse angine de poitrine.

Il est vraisemblable que l'on peut faire intervenir dans la pathogénie de ces troubles subjectifs des désordres du système neuro-végétatif (dont nous avons déjà observé l'altération à propos d'autres symptômes). Laubry a insisté à plusieurs reprises à propos des différents signes cardinaux en pathologie cardiaque sur le rôle des phénomènes sympathiques dans la genèse de ces troubles ; il va plus loin et dit : « Songeant aux relations étroites entre le système autonome et les glandes à sécrétion interne, et même à la communauté d'origine de leurs cellules nobles, nous plaçons ces états sous la dépendance d'une fonction défectueuse des glandes endocrines ou d'un trouble de leur solidarité. Pour chaque cas particulier, je ne vous cache pas que le problème est d'une complexité déconcertante. Mais c'est déjà un progrès de l'avoir ainsi posé ».

Maurice de Fleury fut un des premiers à attirer l'attention sur les variations de la pression artérielle au cours de la neurasthénie. Il lui fit jouer un rôle capital dans sa pathogénie, basant en grande partie sa thérapeutique sur cette notion nouvelle. Le plus souvent, et en particulier chez les asthéniques jeunes, on observe un degré parfois assez marqué d'hypotension. Chez les gens âgés à urécémie élevée, l'hypertension est fréquemment rencontrée. C'est la neurasthénie brightique qui ne retiendra pas notre attention.

L'hypotension artérielle accompagne la plupart des états psychonévropathiques qui ont un caractère dépressif. Commande-t-elle la dépression ? Est-elle sa conséquence ?

Nous voyons l'asthénie, la fatigabilité, l'inaptitude physique et psychique au travail apparaître chez des hypotendus permanents ou temporaires à l'hypotension idiopathique ou secondaire. L'asthénie est un des symptômes de l'hypotension.

La fatigue acquise s'accompagne, dans certaines circonstances d'hypotension et d'asthénie. Telles sont les hypotensions consécutives au surmenage de tous ordres : surmenage physique et émotif du soldat avec insuffisance de sommeil (Josué, Clovis Vincent, du Castaing, etc.), syndrome d'asthénie des aviateurs, hypotension secondaire consécutive aux périodes hypertensives de tension émotive dans les villes bombardées, décrites par M. le Professeur Etienne et le Docteur Richard. Ici encore nous sommes frappés du retentissement étroit des autres symptômes sur celui-

ci, de leur enchevêtrement qui rend à peu près impossible de déceler le *primum movens*.

S'il est, en effet, logique d'admettre que la fatigabilité de beaucoup de nos malades puisse être favorisée par l'irrigation moins active de leurs centres et de leurs organes, d'un autre côté, comme l'écrivent Bosc et Vedel : « Dans les cas de dépression nerveuse, « l'hypotension doit tenir à plusieurs causes, mais il « semble rationnel de penser que l'hypotonie vasculaire est suffisamment expliquée par l'asthénie du « système nerveux dans son ensemble qui touche à la « fois le tonus cardiaque et le tonus vasculaire ».

Sans vouloir entrer en détail dans l'étude des causes de l'hypotension et dans sa pathogénie, phénomènes encore bien obscurs, à en juger par les différents rapports présentés au Congrès de Montpellier en 1929, il serait peut-être intéressant de rappeler les problèmes qui se posent au sujet de la tension artérielle et des glandes endocrines (en particulier des glandes surrénales). Nous avons eu déjà, à plusieurs reprises, l'occasion d'attirer l'attention sur la fréquence des troubles endocriniens dans les symptômes neurasthéniques. Or, les résultats de l'expérimentation et de l'observation clinique montrent qu'il est très vraisemblable d'admettre certains rapports précis entre les glandes endocrines et les variations pathologiques du tonus artériel et de la pression sanguine.

On pourrait en dire autant du sympathique qui, comme le fait remarquer Gaston Giraud, « demeure « seul, en dernière analyse, le grand maître du « système angiotonique neuro-endocrinien, puisqu'il

« agit sur les muscles lisses vaso-moteurs et qu'il commande la sécrétion adrénalinique.

La notion qui nous est chère de l'étroite dépendance et de la répercussion des symptômes neurasthéniques les uns sur les autres, se retrouve encore ici dans le retentissement des troubles digestifs sur la tension artérielle. Le sympathique abdominal peut être le point de départ de réflexes circulatoires, dépresseurs généraux. Les ptosiques sont fréquemment des hypotendus, ils sont aussi des hypotoniques généraux; il en est de même des dilatés, des distendus, des aéro-gastriques, des aérocoliques, de certains constipés et stasiques. Les neurasthéniques sont toujours l'un ou l'autre, souvent l'un et l'autre.

Il faut ajouter l'influence toxique de produits d'origine alimentaire, incomplètement digérés, fermentés et putréfiés, en particulier les polypeptides ou protides plus ou moins complexes, insuffisamment attaqués par des sécrétions digestives déficientes ou laissés en circulation par un foie qui manque à sa fonction pexique (hypoprotéopexie alimentaire de Widal et Abrami). Ici le choc humoral momentané dû à ces résorbptions est bien connu (hémoclasie digestive de Widal, hypotension consécutive à l'absorption de la viande étudiée par Pagniez et Escalier).

Les produits toxiques de fermentation ou de putréfaction surtout d'origine protéique (histamine, cadavérine, etc...) se formant au cours des stagnations digestives grâce à la stase intestinale, ont une action hypotensive, comme l'a montré Lœper en injectant des urines de sujets atteints de vertige intestinal.

De plus, on sait que les troubles fonctionnels du foie — et ils existent d'une manière pour ainsi dire constante chez les neurasthéniques — s'accompagnent fréquemment d'hypotension artérielle. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par l'insuffisance de l'action angiotonique du foie, soupçonnée par les cliniciens mais dont la preuve expérimentale est, il est vrai, loin d'être faite, — de l'autre, par son insuffisance pépique à l'égard des polypeptides alimentaires hypotensives.

d) *Les troubles du sommeil. — La céphalée*

Il est, d'abord, une catégorie de malades qui voudraient dormir constamment. Ceux-là ne vivent souvent que d'une manière très ralentie, leur activité cérébrale est si médiocre que l'on peut dire en vérité qu'ils restent du matin au soir dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

Cette réserve faite, il n'en faut pas moins compter avec la foule des névropathes vraiment insomniaques. Or, la privation de sommeil — outre qu'elle est toujours extrêmement pénible par le fait seul qu'elle amène un épuisement moral pendant ces heures écoulées comptant double pour ceux qui les endurent — devient une source d'intoxication susceptible d'avoir une répercussion extrêmement fâcheuse sur les différents appareils. Cette insomnie, comme tous les autres symptômes, entre dans le cercle vicieux, à la fois cause et conséquence d'autres troubles.

Le sommeil normal étant un des phénomènes les moins bien expliqués de la biologie, nous n'avons pas la prétention d'élucider ici la pathogénie de l'insomnie neurasthénique. On a invoqué les intoxications; il semble que ce soit à juste titre dans certains cas de neurasthénies brightiques. Mais cette explication ne saurait satisfaire pour les malades qui ne correspondent pas à cette catégorie de névropathes, encore que l'on puisse souvent invoquer les auto-intoxications intestinales.

Maurice de Fleury avait élaboré une pathogénie de l'insomnie sur des remarques qu'il avait faites à propos de la tension artérielle. Constatant que le sommeil normal coïncide avec un état marqué d'hypotension et d'hypotonie artérielle, qu'il n'est compatible qu'avec un état d'hypotension artérielle modérée, explique les insomnies par un défaut ou un excès de tonicité cardiaque suivant qu'il s'agit de malades hypo ou hypertendus. Bien que séduisante par la façon dont elle est exposée, cette conception n'a pas du satisfaire les esprits contemporains de l'auteur, pas plus sans doute que le sien propre, car dans son dernier ouvrage, il n'en fait plus mention.

Quant à la céphalée, contentons-nous de rappeler qu'elle est extrêmement fréquente. L'état de la tension artérielle, l'insomnie, l'auto-intoxication et l'hépatisme jouent probablement un grand rôle dans sa genèse.

Gramegua, en 1912, établissait un rapport entre la céphalée des neurasthéniques et l'hypotension du liquide céphalo-rachidien qui serait accusée dans

certaines formes et va de pair avec l'hypotension artérielle.

La plupart des malades qui viennent se plaindre au médecin des différents troubles dont nous avons déjà parlé, se disent en outre torturés par une foule de petites misères dont la caractéristique réside dans fait qu'elles correspondent encore moins que les autres à des signes objectifs. Ces névrophathes sont de ceux dont Andral écrivait : « Il est certains individus qui
« sentent avec force les battements du cœur quoique
« ces battements se passent normalement. On en voit
« qui sentent leur sang circuler, d'autres leur digestion se faire. » Ce triste privilège, ce don d'introspection leur permet de reconnaître les perceptions intérieures, mais toujours d'une manière très imprécise qui les a fait qualifier par Maine de Biran de « perceptions obscures ». Elles ne sont pourtant pas le fruit d'une invention des malades qui s'en plaignent ; quand on les examine, les patients annoncent certains désordres intérieurs qu'il est facile de percevoir d'une façon objective, simultanément. On ne peut pas dire, de ces sujets, qu'ils créent de toutes pièces les sensations qu'ils éprouvent, mais plutôt que chez eux
« le registre sensitif cérébral est faussé ou encore qu'il
« est affiné dans une proportion excessive et que, par-
« tant, des faits viscéraux qui passent inaperçus au
« commun des individus, sont, pour eux, le point de
« départ de sensations pénibles » (Guillaume).

En résumé, rappelons à la fin de cet exposé de la pathogénie des différents symptômes neurasthéniques l'importance des troubles neuro-végétatifs et

endocriniens. Ce sont certainement eux qui dominent, et il n'est guère de symptômes dont l'étude un peu approfondie ne permette de ramener à un trouble de l'appareil endocrinien végétatif.

M. le Professeur Santenaise signalait en 1927 dans l'Encéphale, qu'il avait toujours noté dans tous les états d'hyperémotivité, depuis le simple état de constitution émotive jusqu'à l'obsession, avec de l'hyper-sympathicotonie, une hypervagotonie marquée et observé, après la guérison, une diminution considérable de l'excitabilité du vague ainsi que de l'excitabilité du sympathique.

e) *L'état mental*

Le bon sens à lui seul fait que, depuis bien longtemps, il est une notion que tout le monde admet, c'est l'influence du physique sur le moral, pour parler très simplement. Que l'on suppose un instant, un individu sain de corps et d'esprit, soudain frappé par les misères que nous venons d'essayer de décrire : considérablement fatigué, digérant mal, accablé d'une céphalée plus ou moins tenace, incapable de se reposer grâce à de bonnes nuits, il est fort probable que le malheureux perdra son euphorie, deviendra plus ou moins aboulique et que, par un raisonnement facile à saisir, il n'attachera pas grand prix à une vie qui ne lui apporte à peu près rien que de désagréable. Il suffit de nous examiner nous-mêmes pour comprendre avec quelle fidélité notre psychisme ré-

pond le plus souvent à notre « forme » physique. Il existe en réalité des états psychasthéniques quasi physiologiques, ou au moins transitoires, que chacun a pu connaître à la suite de travail cérébral prolongé ou même de fatigue quelle qu'elle soit.

L'individu, privé du sommeil et surmené, qui a été victime de soucis ou de préoccupations, est temporairement un psychasthénique léger. L'attention est moins bonne, la mémoire moins vive, les évocations moins aisées, les associations moins riches. Les initiatives deviennent difficiles à prendre même lorsqu'elles sont anodines. Nous nous défendons mal contre les inquiétudes et nous nous laissons aller facilement au découragement, la moindre contrariété entame gravement notre humeur ; nous n'avons plus ce « ressort » qui nous protège à tous moments contre les chocs menaçant notre équilibre émotif. Souvent, cet affaiblissement de la défense intérieure se traduit par une tendance aux obsessions, la diminution de l'attention et de la mémoire, par un penchant morbide au contrôle des actes et tendance aux répétitions, avant-coureurs du scrupule.

Il semble bien qu'un fonctionnement défectueux de différents appareils, qu'un désordre strictement organique suffisent, tout au moins au début, à engendrer un état mental spécial ou bien à offrir plus de prise à des attaques d'ordre psychique qui n'auraient fait qu'effleurer sans les atteindre des individus en pleine forme physique. C'est d'ailleurs l'avis de la grande majorité des auteurs que Maurice de Fleury exprimait à un moment où les partisans de l'opinion ad-

verse étaient plus nombreux qu'aujourd'hui: « Quand
« un organisme demeuré, pendant un certain temps
« en état de vitalité mineure, ayant ses muscles amol-
« lis, son tissu élastique distendu, ses organes splan-
« chniques en ptose, ses glandes appauvries, son cœur
« mou, ses artères relâchées, quand notre corps nous
« paraît lourd par suite de la rupture du rapport
« normal entre le poids brut de ce corps et l'éner-
« gie du système nerveux qui le maintient debout,
« nous voyons apparaître comme complément néces-
« saire de cet ensemble symptomatique la modifica-
« tion de l'humeur. L'écorce grise de notre cerveau est,
« comme chacun sait, le lien où aboutissent finale-
« ment, après plus ou moins de relais, les fibres ner-
« veuses centripètes venues de toutes les parties du
« corps. Chez le neurasthénique, ces nerfs sensitifs
« ne cessent point d'apporter au cerveau la sensa-
« tion de déchéance, d'amoindrissement, d'impouvoir
« fonctionnel. En présence de tels témoignages, le cer-
« veau le mieux équilibré, le moins prédisposé, ne
« saurait longtemps conserver l'entrain, le plaisir à
« vivre. »

L'état mental neurasthénique est le reflet dans l'es-
prit du peu de vitalité des organes, de l'hypotonus
musculaire, de l'hyposécrétion glandulaire. « Fatigue,
« crainte, humilité, tristesse ne sont que le reflet men-
« tal, que la conscience obscure de la déchéance phy-
« sique, de l'épuisement musculaire, du fonctionne-
« ment médiocre des organes, de la faiblesse actuelle
« de nos moyens d'action et de défense. » En autres
arguments, il appuie cette assertion sur le fait frap-

pant, très en faveur de l'origine organique de ces états : la date d'apparition des symptômes physiques, date habituellement antérieure à celle de l'état mental.

Paul Hartenberg écrit dans son traité sur « Les Timides et la Timidité » : « Les sensations musculaires sont un des éléments essentiels de cénesthésie et ce sont surtout elles qui fournissent à la conscience le sentiment subjectif de l'énergie et de l'effort. » Voltaire ironisait, voici deux siècles, sur l'intimité des rapports entre un bon caractère et un intestin qui s'exonère aisément, et le public sait bien qu'un individu gastropathe est d'humeur méchante.

Tous les symptômes neurasthéniques ont leur part, plus ou moins grande, d'influence sur l'état mental. Lian et Blondel décrivent, dans l'hypotension artérielle permanente des cas où ils ont rencontré une asthénie psychique qui rendait pénible ou impossible tout effort intellectuel prolongé, avec de la tristesse et du découragement. Nous avons vu les rapports de l'alcalose et de la sensation de fatigue. Or, l'asthénie est un sentiment essentiellement déprimant, ce qui est facile à comprendre si l'on songe à l'impression d'impuissance, par conséquent d'infériorité, qu'elle comporte. Les circonstances de la vie transforment d'ailleurs rapidement cette impression en une certitude par une démonstration cruelle.

Guillaume, suivant pendant plusieurs mois quotidiennement l'état de la tension artérielle, des réflexes végétatifs, du métabolisme basal, et de temps à autre l'état du sang, du temps de saignement chez les psy-

cho-névropathes, a noté « l'absolu parallélisme du « caractère ou de l'état mental et des phases de l'équilibre nerveux organo-végétatif ». Il a constaté que les périodes de vagotonie coïncidaient avec des périodes dépressives et apathiques, les périodes de sympathicotonie accompagnant les périodes d'excitation.

« Telle disposition physiologique est une condition « nécessaire mais non suffisante de tel état psychique », écrit Bergson. Si nous mentionnons ces quelques faits, ce n'est pas dans l'intention d'avancer que l'état mental n'est rien dans la neurasthénie, qu'il est facilement explicable par les symptômes physiques, mais nous plaçant à un point de vue beaucoup plus pratique et envisageant avant tout le traitement, c'est bien plutôt afin de montrer les rapports étroits qui unissent les deux groupes de symptômes psychiques et somatiques. Nous sommes, au contraire, tout prêt à reconnaître et encore ici à en tirer des conclusions thérapeutiques, l'énorme répercussion de l'état mental et des chocs émotifs sur les troubles fonctionnels organiques en insistant de nouveau sur la façon dont tout se tient étroitement dans ce vaste syndrome que sont les états psychoneurasthéniques.

C'est ainsi que chez beaucoup de ces malades l'habitude prise de se lamenter sur l'épuisement de leurs forces subsiste un certain temps à leur réparation réelle. C'est ce que Paulhan a nommé la « synthèse mentale ». Sous l'influence d'un long séjour dans l'asthénie, le malade se constitue une mentalité telle qu'il interprète toute sensation nouvelle dans le sens pessimiste. Lorsque survient l'amélioration, il n'y croit

pas et la nie. Il n'est guère de symptômes dans le tableau clinique de la neurasthénie qui échappe à une intervention plus ou moins importante, mais à coup sûr, certaine, au psychisme particulier de nos malades. S'il est logique d'admettre que les troubles somatiques ne sont pas engendrés par l'état mental, il est incontestable que celui-ci les aggrave.

Nous en arrivons ainsi à conclure que les syndromes psycho-neurasthéniques sont des états à point de départ organique et à répercussion mentale. Il n'en reste pas moins intéressant d'étudier ici la psychogénèse de certains troubles mentaux rencontrés au cours des états psycho-neurasthéniques, et au premier rang, les phobies et les obsessions.

Pierre Janet, partant d'observations cliniques fouillées, étudiant les mécanismes psychologiques mis en jeu dans la névrose d'obsession a été conduit à conclure que le mécanisme des troubles mentaux des psychasténiques est celui-ci : le psychisme peut être considéré comme une hiérarchie des fonctions au sommet de laquelle se place l'adaptation à la réalité : la fonction du réel qui exige pour s'exercer la plus haute tension psychologique. Celle-ci, diminuée chez les psychasthéniques, il en résulte une difficulté à répondre rapidement aux incitations venues de l'extérieur, donc à « agir sur la réalité ». Le sujet ne peut plus répondre que par des « opérations impérieuses » et exagérées sous la forme de doutes, d'angoisses, « et par des idées obsédantes qu'expriment les troubles précédents et qui présentent les mêmes caractères ». On voit que, pour Pierre Janet, ces troubles

sont une sorte de substitut destiné à remplacer une activité supérieure déficiente.

Au dernier Congrès des psychanalystes de langue française de 1933, MM. Borel et Cénac, dans leur rapport sur l'Obsession, après avoir rendu hommage à l'œuvre de Pierre Janet, regrettent que cet auteur se soit « arrêté à la constatation du mécanisme et n'ait « pas poussé son investigation dans l'étude du contenu psychologique qui devait permettre à Sigmund Freud une vue plus décisive sur le mécanisme profond de l'obsession ».

La théorie de la psychasthénie nous offre, disent-ils, une sorte de « comment » mais elle ne dit rien du « pourquoi » et c'est à ce « pourquoi » que les psychanalystes proposent une réponse. La voici : L'écueil qui barre la route aux théories classiques tient avant tout à ce que les auteurs ont voulu jusqu'ici isoler l'obsession à un moment donné. C'est au contraire le psychisme entier qu'il importe d'étudier, non seulement dans sa forme actuelle, mais aussi dans son développement depuis l'enfance jusqu'à l'époque considérée.

Une autre méthode était donc nécessaire, une méthode partant d'un point de vue tout différent, donnant toute son attention à la recherche des mouvements profonds, subconscients ou mêmes totalement inconscients qui « soutendent toute l'activité psychique ».

Le point initial de la théorie freudienne est que les obsessions, malgré leur apparence souvent absurde ont une valeur réelle, une signification parfaitement

définie. Elles répondent à une nécessité dont elles sont l'expression. Seulement, cette nécessité qui les détermine ne s'applique pas par un « jeu de motifs intellectuels, mais s'appuie sur un état très spécial de « l'affectivité, qui, en dernière analyse, apparaît comme la conséquence d'un trauma affectif ancien, non « liquidé et qui joue ainsi le rôle du conflit ».

L'obsession normale qui trouve son expression la plus fréquente dans le phénomène du remord, va servir à pénétrer le mécanisme rudimentaire du phénomène. On sait combien le remord entraîne une sensation de dédoublement de la personnalité, notion comparable à la sensation de « corps étranger psychique » comme on a appelé l'obsession. Que se passe-t-il ? Une faute a été commise que le coupable regrette ; il la fuit par tous les moyens, il la repousse du moi, il la refoule, cherchant l'oubli. C'est une lutte sans merci, un conflit entre ce qui a été et ce que l'individu refuse d'admettre.

Lorsqu'on passe dans le domaine pathologique cette notion du conflit est plus difficile à mettre en évidence. Il devient nécessaire de se pénétrer de l'idée de refoulement qui, si elle reste ici, comme ailleurs, un processus général de tout le psychisme, prend cependant une valeur exceptionnelle et s'effectue selon un mode très particulier. A côté du refoulement il sera nécessaire d'envisager l'existence d'un mode de pensée auquel Freud a donné le cours de « pensée compulsionnelle » et qui fait que l'obsession apparaît comme la formation d'un compromis entre les représentations refoulantes et refoulées. Ce refoulement

est incomplet, partiel et porte sur les éléments représentatifs seuls, se bornant à arrêter le « souvenir paternel » dans sa figure originelle, ainsi que le reste du « proche qui en découle » (Freud). Mais il permet le passage d'un « substitut » plus au moins modifié et qui n'est autre que ce compromis dont nous parlions. C'est la tendance issue du souvenir qui va se faire jour. Qu'elle soit en contradiction avec le moi du sujet ne saurait nous étonner, puisque celui-ci s'efforce de le maintenir refoulé. Mais puisqu'elle passe à demi, elle va tendre à prendre une place dans le psychisme.

Quelles sont donc les forces qui imposent le refoulement ? Nous touchons ici une des hypothèses fondamentales de l'œuvre freudienne : c'est l'antagonisme entre les impulsions instinctives primaires de la première phase sexuelle et la contre-pulsion frénatrice des parents et éducateurs, qui fait qu'il existe dans le « moi » de tous les êtres des centres de force distincts dont les premiers issus de pulsions instinctive constituent le « ça » (le « Es »), les seconds, le sur-moi (Uber-Ich) résultat de l'éducation.

Comme nous l'avons dit, le conflit initial n'est pas complètement refoulé dans l'inconscient. Il reste prêt à reparaître sans cesse et demande ainsi au sur-moi une répression constante. C'est pourquoi, ne pouvant passer dans la conscience sous sa forme réelle, il va prendre un déguisement, comme cela se passe dans le rêve. L'observation et l'analyse des faits montre que le contenu de l'obsession n'est jamais en rapport direct avec le traumatisme et le conflit causal. Il y a

transposition affective, il s'agit d'un déplacement du conflit.

La généralisation, la répétition incessante de certains actes chez les obsédés doivent être considérés comme un moyen de défense. Tous les moyens plus ou moins symboliques, que ces malades emploient au cours de leurs « cérémoniaux de défense » ont pour but de retourner dans le passé et faire que l'acte n'aie pas lieu ou que la pensée n'aie pas été conçue.

Pénétrant encore plus profondément dans l'étude du problème de l'obsession, les psychanalystes envisagent sa signification. Le point de départ de leurs recherches, ils le choisiront encore dans l'obsession banale, périodique et fugitive que chacun peut avoir connue. Il ne saurait y avoir de différence de qualité entre elle et l'obsession pathologique, l'une et l'autre représentant le même phénomène psychique. Ce qui les sépare c'est avant tout une question de degré et une question de terrain psychologique. C'est de l'analyse de l'obsession-remord que va jaillir l'explication du phénomène morbide. Si on étudie le mécanisme du remord, on constate d'abord qu'en soi le remord est inutile, qu'il est même parfois nuisible à l'individu puisqu'il peut le conduire à se dénoncer, par conséquent à se livrer à un châtiment assuré. Il faut donc de graves raisons à ce comportement. C'est dans le degré moral de l'individu qu'il faudra les rechercher, ou ce qui revient au même, en termes psychanalytiques dans son « sur-moi ».

Mais, étant entendu qu'à l'origine se trouve un conflit intra-psychique, pourquoi le sujet le résoud-il sous

forme d'obsession ? C'est qu'il s'agit, en somme de régler un différent et cela, il y a intérêt à le faire au moindre prix et finalement d' « endormir le sur-moi » en lui accordant le moins possible. On sait combien les manifestations extérieures des sentiments apparaissent à la majorité des hommes comme ces sentiments eux-mêmes. Nous nous leurrions inconsciemment et d'autant plus que nous sommes directement intéressés, car il s'agit de nous racheter. Les idées morales dont nous avons été imprégnés depuis notre enfance nous enseignent que l'on n'oublie que ce qui est expié. Le remord n'est-il pas précisément une expiation à bon marché ?

Lorsque l'on se transporte dans le domaine du pathologique, il devient indispensable de se pénétrer de la notion de l'inactualité du psychisme des névrosés, dans ce sens qu'ils conservent une affectivité qui n'est pas en harmonie avec leur vie actuelle. Des pulsions et des tendances qui devraient normalement être abolies ou sublimées, dominent leur activité, donnant à leurs réactions un caractère tout à fait frappant. L'analyse montre qu'à l'origine des troubles rencontrés dans les névroses, on trouve un conflit. Mais, alors que dans les cas de conflits normaux, conflits actuels, les réactions sont en relation directe avec le conflit, il n'en est plus de même quand reste seule la pulsion affective alors que les éléments représentatifs sont oubliés. Voilà, précisément, ce qui peut expliquer l'étrangeté des réactions. Elle est la conséquence de cette affectivité inactuelle.

Le psychisme des obsédés est avant tout caractérisé

par la présence d'éléments affectifs anciens, inactuels, évoluant à côté du moi conscient et actuel et intervenant sur lui. C'est en somme la diminution de la « fonction du réel » de P. Janet.

Voilà, résumé à un point qui nous fait craindre de l'avoir déformée, l'interprétation psychanalytique de l'obsession. Si elle n'est point exempte de critique, il est loyal d'y reconnaître un louable essai que nous souhaitons fructueux. Nous aurons à revenir plus loin sur ce point en parlant de la psychanalyse en tant que traitement.

LE FACTEUR CONSTITUTIONNEL

La distinction classique et didactique entre cause favorisante et cause déterminante est autant de mise ici que dans la plupart des autres affections mentales rencontrées en psychiatrie. Il semble exister (cette remarque pouvant être émise à propos des psychoses) une sorte d'équilibre qui fait que, dans le cas d'une hérédité chargée, par conséquent d'une cause favorisante forte, il suffira de circonstances accidentelles presque banales, d'une cause déterminante faible et vice versa, pour déclancher la névrose.

Il semble pourtant, si nous en croyons Maurice de Fleury, qu'il existe des cas où toute hérédité doit être écartée, la maladie étant, à coup sûr, accidentelle. A en croire cet auteur, il faudrait leur réserver le nom de neurasthénie, le refusant catégoriquement à tous ceux où l'on rencontre un appoint constitutionnel.

Devrons-nous, en souvenir de lui, faire un cadre tout à fait à part pour cette catégorie de malades, si rares de l'avis même de l'auteur, ou plutôt en conclure que si Maurice de Fleury n'a pas trouvé d'antécédents à quelques-uns de ses patients, il n'en ressort pas nécessairement que nous ne soyons autorisés à faire part ici du fait que des antécédents pathologiques ont été trouvés d'une manière quasi constante chez nos malades. Tant pis s'ils ne méritent pas le nom de neurasthéniques vrais.

On admet aujourd'hui que les psychonévroses reconnaissent une atteinte du système nerveux, de l'appareil neuro-végétatif, des glandes endocrines. Leur apparition semble généralement conditionnée par des causes occasionnelles plus ou moins faciles à déterminer mais le plus souvent d'un caractère banal qui ne permet guère de les envisager comme étant leur cause réelle et unique. La notion de constitution domine l'étiologie, la nature du terrain joue un rôle primordial. De quelle nature est donc cette prédisposition ? Quelle est cette constitution ? de quel terrain s'agit-il ?

Dans leur livre sur l'hérédo-syphilis mentale, le Docteur Drouet et notre Maître, le Docteur Hamel, au cours d'une étude sur la notion de prédisposition, ont appelé l'attention sur l'importance de l'hérédité syphilitique, et sur le fait que les autres facteurs de dégénérescence entraînent pour une plus faible part dans la genèse des psychonévroses. Ils insistent sur le peu de caractère scientifique que revêt la notion d'hérédité névropathique alors qu'il est bien plus

explicatif d'admettre que cette soi-disant hérédité névropathique n'est que l'aboutissant, après un nombre de générations plus ou moins grand, d'une hérédosyphilis. Or, avant d'arriver à cet aboutissant que représentent les psychoses, au premier échelon de la lignée nous nous trouvons en présence d'individus peu touchés par l'hérédosyphilis, seulement atteints d'une sorte de « fragilité nerveuse en rapport avec des troubles fonctionnels divers et en particulier endocriniens et neuro-végétatifs » qui, sous des influences diverses, deviennent des névropathes. Ce sont ceux-là qui nous intéressent. Dans les quelques observations publiées à la fin de ce travail, il se trouve une proportion importante de malades chez lesquels on a relevé une hérédosyphilis plus ou moins discrète, de plus, le traitement anti-syphilitique s'est montré heureux. Il est frappant de constater que ces états psychoneurasthéniques n'évoluent pour la plupart que dans des familles durement éprouvées par ailleurs, et d'une manière qui fait tellement penser à l'hérédosyphilis.

Dans ces cas, on comprend particulièrement bien la pathogénie du syndrome neurasthénique où les déséquilibres neuro-végétatifs et endocriniens jouent un rôle si important. On sait combien l'hérédosyphilis est génératrice d'altération de glandes à sécrétion interne. Nous avons eu l'occasion de parler de leur connexion étroite avec le système nerveux-végétatif vaguesympathique, en citant les troubles de son fonctionnement.

Une des causes les plus fréquentes d'insuffisance

hépatique et rénale chez les sujets jeunes est certainement l'hérédo-syphilis. Il s'agit généralement de débilité fonctionnelle de ces organes entraînant de nombreux troubles qui altèrent le milieu humoral. Dans la genèse des états psychonévrotiques, ne peut-on faire intervenir de la même manière que pour les psychoses, avec une question de degrés, ces troubles endocrino-végétatifs, en invoquant, à côté des altérations humorales et de la dystonie neuro-végétative un certain degré de dystrophie et un certain degré de dégénérescence mentale. « Si les cellules cérébrales de l'hérédo-syphilitique, dit Marchand, peuvent acquérir morphologiquement un état comparable à celui des cellules saines, elles sont, au point de vue histo-chimique, des éléments chétifs dont le fonctionnement se troublera plus tard sous la moindre influence. » Il va sans dire qu'en dehors de l'hérédo-syphilis d'autres facteurs pathologiques héréditaires sont capables de créer l'état de « moindre résistance cérébrale », alcoolisme des parents, tuberculose, maladies de la mère au cours de la gestation, etc... Mais le rôle exact de ces facteurs est moins clairement déterminé, jusqu'à ce jour, que celui de l'hérédo-syphilis. D'autre part, l'hérédité similaire peut, sans aucun doute, être invoquée, mais nous ne savons pas, à ce sujet, avec quelle fréquence. Nous ignorons aussi si les lois mendéliennes sont ou non observables en pareille matière.

A cette prédisposition congénitale d'ordre physique, on peut ajouter une sorte de constitution acquise qui, sans pouvoir à elle seule, déterminer un état psy-

cho-neurasthénique, joue quelquefois un rôle important. Il s'agit de l'influence de l'éducation dont Heckel dénonce si énergiquement les dangers : « Tous les enfants mal élevés, et par ce terme il faut entendre non pas ceux qui manquent aux règles des convenances, du savoir-vivre et de l'urbanité, mais simplement ceux chez qui on n'a pas développé la puissance volontaire, sont des candidats aux névroses asthéniques et émotionnelles. Les parents qui gâtent leurs enfants ne les rendent pas qu'odieux aux autres, mais encore et surtout à eux-mêmes. C'est parmi les enfants gâtés, ceux dont on dit finalement qu'ils sont habitués à faire à leur tête, que se rencontrent plus tard les hystériques, les neurasthéniques, les émotifs, les anxieux et les instables.

L'enfant à qui l'on n'apprend pas dès sa jeunesse que le plaisir n'est pas un droit, mais une récompense, que le travail est une loi de la vie et que l'activité féconde est la source réelle de la satisfaction intime et de la santé, entre dans l'existence avec le germe de la dépression, de la névrose et de l'inutilité. Celui à qui on n'apprend pas à obéir, pour savoir un jour commander, à se soumettre aux disciplines individuelles et aux hiérarchies sociales, à être le propre censeur sévère de ses actes, à modérer l'expression de sa douleur ou de sa joie, à obéir plus souvent aux suggestions de sa raison qu'aux impulsions de ses sensations et de ses sentiments, et lancé dans la vie comme un navire sans gouvernail et ballotté par toutes les tempêtes. L'enfant sans éducation volontaire devient la proie de toutes les suggestions parasites et

reste désormais impropre à fournir une carrière individuelle et sociale normale et surtout heureuse. »

CAUSE DÉTERMINANTE

Comme partout ailleurs en psychiatrie, il y a lieu de distinguer dans la genèse et l'étiologie des états psychoneurasthéniques des causes prédisposantes, des causes déterminantes, occasionnelles ou encore accidentelles. Les malades ont eux-mêmes tendance à rendre responsables de leurs affections les événements qui précèdent d'une manière plus ou moins immédiate l'apparition de leurs troubles. Ils trouvent là une explication qui satisfait leur esprit et qui surtout n'y fait pas naître la crainte qu'ils nourrissent contre tout ce qui peut toucher de loin ou de près à l'hérédité.

Si, aux yeux du médecin, ces causes immédiates invoquées par les malades apparaissent d'emblée d'une importance minime, voire nulle dans le rôle de l'éclosion des affections à manifestations purement physiques, l'observation clinique oblige à leur accorder une part autrement importante dans l'étiologie des névroses et des psycho-névroses. Certains auteurs, entre autres Maurice de Fleury, ont voulu y voir l'unique responsable de la neurasthénie. Nous avons déjà eu l'occasion d'exposer ce point de vue.

A la vérité, il semble que l'apparition des états psychoneurasthéniques, nécessite le concours des deux facteurs : prédisposition d'une part, cause occa-

sionnelle d'autre part et cela dans une proportion variable qui obéirait à une sorte d'équilibre, l'importance de la cause prédisposante étant inversement proportionnelle à celle de la cause occasionnelle. On pourrait ainsi être amené à énoncer cette sorte de loi : à cause prédisposante forte, il suffira d'une cause accidentelle faible et vice versa pour engendrer l'état morbide.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre ici sur les facteurs héréditaires. Rappelons seulement que, sous le mot de prédisposition, nous comprenons non seulement l'idée de prédisposition héréditaire innée, mais aussi de prédisposition acquise. Cette notion est loin d'être sans importance pour des états tels que ceux que nous étudions et dont une des caractéristiques est la facilité et la fréquence des rechutes. Nous avons vu que chez tels malades touchés par une première atteinte, il se constituait un état nouveau qu'on peut considérer comme une constitution différente. C'est précisément en quoi on est amené à parler de prédisposition acquise. Au bout d'un certain nombre de rechutes, de par ce mécanisme d'accumulation, tout va se passer comme si notre malade était menacé par une prédisposition marquée. Conformément à la loi que nous énoncions plus haut, il suffira alors d'une cause occasionnelle légère pour déterminer un nouvel état paroxystique.

La nature des causes accidentelles est multiple ; son étude mériterait un développement que nous ne pouvons lui donner ici. Leur caractéristique est de n'être pas spécifique. Les maladies infectieuses et

entre autres la grippe, malgré sa bénignité mais parce-qu'asthénisante, sont fréquemment rencontrées ainsi que les diverses auto-intoxications parmi lesquelles celle du brightisme et du surmenage occupent une place importante. Les émotions constituent une des causes les plus habituelles des états psychoneurasthéniques. La plupart des autres qui sont généralement invoqués tels que passions dépressives, chagrins, déceptions et soucis de toute nature, peuvent être ramenées au choc émotif. Le surmenage intellectuel lui-même, comme il a été montré, ne pourrait guère être incriminé, qu'autant qu'il s'accompagne de préoccupations.

Déjerine a montré la part prépondérante qui revenait à l'émotion dont il a fait l'origine unique des névroses. En ce qui concerne les états neurasthéniques, il refuse à l'émotion-choc un rôle en tant qu'action immédiate, la dislocation morale et mentale ne se faisant que lentement et progressivement. Pour créer l'état neurasthénique, il faut que les phénomènes émotifs se prolongent, se superposent en s'additionnant et en multipliant leur action.

Il y a lieu de donner une place à part à l'étiologie spéciale qui a fait décrire sous les appellations diverses d'asthénie traumatique chronique, de neurasthénie traumatique et d'hystéroneurasthénie traumatique, de névrose traumatique, un syndrome survenant à la suite de traumatismes graves ou bénins en apparence, le plus souvent crâniens avec perte de connaissance et commotion cérébrale. La dernière guerre en a fourni de multiples exemples et les acci-

dents automobiles aujourd'hui en sont l'occasion fréquente. Le malade se plaint de phénomènes qui traduisent la faiblesse musculaire ou idéative, des troubles du caractère avec phobies et tendance au suicide, s'accompagnant de constipation, de brady ou tachycardie, de céphalée, rachialgie, vertige et étourdissement.

Il y a lieu de rapporter en grande partie ces accidents à des lésions cérébrales. Néanmoins, tous les auteurs sont à peu près d'accord pour reconnaître que ces atteintes anatomiques ne sont pas les seules responsables et que des facteurs moraux interviennent la plupart du temps et en font premier lieu l'émotion.

Aussi grand que puisse être le rôle des causes occasionnelles, il n'en demeure pas moins qu'elles ne suffisent pas à elles seules à déclancher ces états et pour ne prendre que le choc émotif auquel on a fait jouer parfois un rôle exclusif, il est bien permis de penser que si les causes morales pouvaient, à elles seules, créer l'état neurasthénique, tout le monde succomberait à la maladie de Beard. Nous voyons bien les sujets les mieux équilibrés présenter à la suite d'ennuis graves ou d'émotions vives, des symptômes de dépression nerveuse, tels que l'asthénie générale, l'anorexie; mais ces états sont essentiellement passagers : si leur santé physique est bonne ils surmonteront facilement cet état de dépression d'un moment. Au contraire, si le sujet présente un trouble quelconque de l'équilibre humoral, conséquence d'une tare

héréditaire ou de phénomènes morbides survenus au cours de sa vie, il est à craindre que le surmenage ou les chocs émotifs n'aient une action plus grave et plus prolongée.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Nous avons eu l'occasion de dire, au cours des chapitres précédents, que les états psychoneurasthéniques n'évoluaient pas d'une manière continue et ne se présentaient pas avec des symptômes d'une intensité égale suivant le moment auquel il était donné au médecin de les observer. Il y a lieu, en effet, de distinguer deux périodes : la première, celle de l'accès, la seconde qui se situe entre les accès.

Le médecin est, généralement, appelé à prodiguer ses soins dès la première période, au paroxysme des phénomènes pénibles et des troubles variés que nous avons esquissés plus haut. C'est probablement le moment le plus critique du traitement de ces malades délicats ; c'est de lui que va dépendre à peu près tout le succès, non seulement de l'action morale du praticien sur son patient, ce qui va de soi puisque la confiance est à la base de toute psychothérapie, mais encore des traitements physiques qu'il faut bien faire accepter par un malade presque toujours méfiant.

1° *La question de l'isolement*

D'abord, où va-t-on soigner ces névropathes ? Faut-il les laisser chez eux ou le séparer de leur entourage ? Il ne peut y avoir de réponse catégorique ; il ne s'agit, le plus souvent, que de cas d'espèce : ou bien le milieu est compréhensif, capable de réaliser qu'il est d'autres malades que ceux qu'une pneumonie ou une fracture de cuisse rendent dignes d'être soignés, disposant d'un personnel, susceptible d'assurer une surveillance constante et d'une installation suffisante pour les soins qu'il y a lieu de donner à ce genre de malades, en un mot de réaliser la clinique à domicile. Dans ce premier cas, inutile d'aller chercher ailleurs ce que l'on a sous la main. Certaines autres fois, le médecin va se heurter à un entourage qui, ne voulant pas admettre le bien-fondé des lamentations du malade, ne « saura pas ce qu'il faut ne pas faire », considérera d'un œil sceptique les manœuvres ordonnées qui seront forcément mal suivies. Devant tant de difficultés l'éloignement du patient hors de ce milieu presque hostile, s'impose. Si la famille est riche, on l'aiguille sur une maison de santé qui n'est pas toujours facile à trouver (si on l'exige exempte d'aliénés, ce qui s'impose, pourtant). Dans le cas contraire, le médecin se trouvera obligé de faire interner un individu lucide dont le contact avec des aliénés risque de lui être funeste.

Mais il n'existe rien pour ceux que l'on a appelé les « petits mentaux » et plus que jamais se fait sen-

tir la nécessité urgente de services ouverts dont la subsistance ne pourra jamais être assurée que dans les établissements hospitaliers publics. Ce besoin ne se fait d'ailleurs pas seulement sentir pour ces malades mais aussi, et d'une manière également pressante, pour tous les psychopathes lucides. Ce sont des individus dont la place n'est pas dans les hôpitaux où, d'ailleurs, ils ne sont jamais reçus. Ils sont, actuellement, condamnés soit à l'abandon à eux-mêmes, ce qui, pour la plupart, équivaut à une mort certaine, soit à la détention, au milieu d'aliénés. Nous n'insisterons pas sur le désarroi moral dans lequel peut jeter une pareille mesure, et l'influence désastreuse du contact de déments sur des esprits affaiblis.

Le repos au lit est prescrit dans les deux cas, qu'il s'agisse d'une cure à domicile ou d'un traitement dans une maison de santé. En même temps qu'il assurera le repos maximum toujours indiqué, il répondra à plusieurs autres indications, entre autres l'anxiété. Cette mesure sera maintenue dans les cas moyens de huit à quinze jours, exceptionnellement plus de trois semaines.

2° *Psychothérapie*

Ces remarques préliminaires faites, nous en arrivons au traitement proprement dit et nous commençons par la thérapeutique morale. C'est elle qui va, en effet, servir la première et c'est seulement grâce à elle que le médecin, gagnant la confiance du malade, va pouvoir s'introduire dans sa vie même qu'il prendra réellement en main.

L'hypnotisme semble bien avoir été complètement abandonné. Outre que ce procédé ne peut s'appliquer à tous, il a l'inconvénient d'augmenter une suggestibilité déjà spéciale du jugement, des facultés intellectuelles supérieures, de la personnalité, ce qui constitue un acte un peu immoral. Cette désagrégation mentale a d'ailleurs été dénoncée par Bernheim lui-même. Mais surtout c'est son inefficacité à peu près complète qui relègue ce procédé à une expérience pour curieux dont le nombre semble bien se restreindre de jour en jour.

L'auto-suggestion, d'après la méthode Coué, a, si on en croit les courtes observations qu'il a lui-même publiées, des succès à son actif. Des neurasthéniques gravement atteints, des obsédés ont été guéris au moyen de l'auto-suggestion. Mais la méthode suppose de la part du patient un certain manque d'auto-critique difficilement compatible avec un niveau intellectuel élevé. Et surtout, jusqu'à quel point, dans les observations de Coué, s'agissait-il d'auto-suggestion ? Il semble bien que l'on avait affaire bien plus à de la suggestion pure et simple. Quoi qu'il s'en défendit, Coué était beaucoup, sa « méthode » bien peu. Nous n'en prendrons comme preuve que la faillite de ses disciples qui, eux, disposaient bien de la méthode (elle était vite assimilée), mais n'avaient pas reçu le merveilleux pouvoir de persuasion de leur maître.

Plus actuel et plus subtil est le traitement psychanalytique. Chacun a présentes à l'esprit les grandes données du freudisme. Nous avons consacré quelques

pages à la pathogénie analytique de l'obsession et il est certain que l'on ne peut que s'incliner devant un tel effort, tendant à pénétrer des phénomènes réellement obscurs. Il y a là un pas fait en avant. Mais les ambitions de Freud et de ses disciples ne se bornaient pas à une étude psychologique purement spéculative; de leurs conceptions pathogéniques des névroses, ils ont tiré une thérapeutique dont le principe peut se résumer en quelques mots : le complexe origine tiré du subconscient et rendu conscient par l'analyste, le névrose n'a plus sa raison d'être et par conséquent disparaît. Ce principe est très simple. Sa mise en application l'est beaucoup moins, et les psychanalystes de bonne foi (les seuls dont nous parlons, bien entendu) ne le nient pas. La méthode est difficile et longue, elle n'est pas inoffensive ; voilà ce que l'on peut lui reprocher. Difficile incontestablement : Il suffit de jeter un coup d'œil sur un ouvrage analyste pour immédiatement deviner l'aptitude à l'abstraction, la tournure d'esprit vraiment exceptionnelle que devra posséder le vrai psychanalyste. La méthode est longue, deux années sont parfois nécessaires, c'est dire qu'elle ne s'adressera jamais qu'à une catégorie de malades pour des raisons financières faciles à deviner. Elle est, en tous les cas, très dangereuse à manier, et il n'est guère de psychiatre qui ne garde présente à la mémoire quelque histoire peu à la gloire des psychanalystes. Est-il nécessaire de condamner la méthode parce que de mauvais disciples l'ont mal assimilée ? La psychanalyse n'est-elle pas ou ne deviendra-telle pas une arme précieuse parce qu'elle est

dangereuse ? Certes non ; mais à l'heure actuelle il semble que bien rares sont les initiés.

Ces quelques opinions émises sur des traitements resté d'exception et que tout fait penser devoir tomber dans l'oubli, on rester très longtemps l'apanage de quelques-uns, le moment est venu de nous prononcer sur les caractères de la psychothérapie que nous proposons. Elle ne renferme rien de bien mystérieux, rien de bien nouveau, son but essentiel étant d'engendrer la confiance, son principe celui qui fait qu'une individualité dominante exerce sur une individualité plus faible par sa présence et la puissance de son affirmation une action salutaire, lui imposant plus ou moins, mais toujours, une idée qui tendra à se réaliser.

La psychothérapie commence au premier contact que prend le malade avec le médecin. C'est d'ailleurs pour cette seule raison chronologique que nous l'avons placée au début du chapitre du traitement. Il faut écouter les doléances parfois très longues, avec la plus grande bienveillance et surtout sans impatience. L'interrogatoire a son importance. Sans prétendre faire de la psychanalyse, il est nécessaire que le médecin s'introduise loin dans le passé de son patient et pénètre les coins les plus intimes de sa vie. En plus des renseignements parfois précieux que le psychothérapeute va retirer de ces investigations, le fait de lui avoir livré ces aveux contribuera beaucoup à lier le malade au médecin.

« La psychothérapie, écrit Déjerine, doit être rationnelle, c'est-à-dire purement basée sur le raison-

nement, sur la dialectique. Or, un raisonnement par lui-même est indifférent. Il ne devient facteur d'énergie, créateur d'effort qu'autant qu'un élément émotif se superpose à lui et que la personnalité du sujet dont on cherche à modifier la mentalité, se trouve atteinte et touchée par lui. C'est, selon moi, une erreur que de considérer comme des actes psychologiques de même nature et le jugement, phénomène primitif, et l'impression ou le sentiment qui le suivent. Cette impression, ce sentiment ne sont que le résultat de l'adaptation plus ou moins facile de notre personnalité au jugement en cause, et quoique secondaires, ils n'en sont pas moins susceptibles de provoquer des réactions. Pour moi, le fondement, la base unique sur laquelle repose toute la psychothérapie, c'est l'influence bienfaisante d'un être sur un autre. On ne guérit les neurasthéniques que lorsqu'ils arrivent à croire en nous. C'est qu'en effet la psychothérapie ne peut avoir d'action que lorsque celui sur lequel vous l'exercez vous a confessé sa vie entière, c'est-à-dire, lorsqu'il a en vous une confiance absolue.

Entre le raisonnement et l'acceptation de ce raisonnement par le sujet, il y a, je le répète, un élément sur l'importance duquel on ne saurait trop insister, c'est le sentiment. Et c'est le sentiment qui crée une atmosphère de confiance sans laquelle, selon moi, il n'y a pas de psychothérapie possible. »

En devinant certains symptômes constants, en exposant avant le malade et souvent mieux qu'il ne saurait le faire lui-même, ce qui se passe en son esprit, ce qu'il ressent dans son corps, tous phénomènes dont

il croyait bien avoir le triste privilège (un exemple pris entre cent : le fait qu'il ne voit pas l'avenir, qu'il a l'impression de se trouver devant un mur) il se prendra plus ou moins d'admiration pour ce médecin qui « connaît » sa mystérieuse maladie. Il accordera toujours sa confiance à cet homme qui « comprend » ses misères et qui le plaint. Comme il ressemble peu à son entourage et... à « son dernier docteur ». Le patient mis en confiance par ces manœuvres préliminaires qui suffisent à remplir une première séance, il y a les plus grandes chances pour qu'il admette comme vrai ce que va lui dire le médecin et c'est au fond le but essentiel de ces « travaux d'approche ».

Il va sans dire qu'un examen approfondi des différents appareils a été fait, que le maximum de ce que l'on peut attendre des laboratoires a été demandé ; la conception pathogénique exposée plus haut dictait cette conduite.

Le moment est venu d'expliquer au malade la cause et la genèse de son affection. Il faut lui montrer que sa maladie est à point de départ physique ; il est bon de recourir à des explications techniques, à une vulgarisation médicale qui répugne le plus souvent au praticien mais qui a une grosse influence sur ces malades. Il importe en effet de leur démontrer que l'examen de leurs viscères n'a dépisté que des troubles fonctionnels, qu'aucun organe n'est lésé. N'oublions pas que ces névropathes sont hantés par la chronicité de leurs troubles, par la crainte de sombrer dans l'aliénation mentale. A leurs yeux, les troubles phy-

siques sont curables, démontrer leurs rapports étroits avec les phénomènes psychiques c'est leur garantir la guérison. Citant des cas semblables au leur guéris, le médecin fera luire l'espoir dans l'âme de ces désespérés.

Au lieu de mettre en avant les complexes affectifs comme le font les disciples de Freud, nous exposerons au malade la contingence du contenu intellectuel de ses troubles. S'il souffre de phénomènes affectifs (sentiments de tristesse, incapacité, etc.), de phénomènes intellectuels (obsessions), on lui fera toucher du doigt que la maladie dont il souffre est une maladie de l'émotivité, qu'il est devenu un individu impressionnable, et cela sous l'influence de troubles survenus dans certains de ses organes, qu'il faut essayer de lui expliquer, sans crainte de perdre son temps.

Il est nécessaire de lui indiquer quelle attitude il doit avoir vis-à-vis des troubles obsédants qu'il peut présenter, lui montrer qu'il ne doit pas essayer de lutter contre son obsession en la raisonnant, discutant avec lui-même puisqu'il en est incapable à cause de son émotivité. Le fait de discuter son obsession lui donne corps et lui crée une réalité. Faut-il donc qu'il lui cède ? Non, il lui faut s'en aller, fuir devant elle par la distraction au sens éthymologique du mot, en changeant de lieu, d'occupation.

Cette psychothérapie que nous venons d'étudier au moment du traitement de l'accès doit se continuer et se renouveler. Au début, il est utile de soumettre le patient à une séance quotidienne, d'où sera bannie la

crainte de répéter. N'oublions pas que la suggestion et la persuasion sont à la base de son action et que ces médications agissent à doses répétées et prolongées.

3° Traitement physique

Si nous avons commencé le chapitre du traitement par l'étude de la psychothérapie c'est uniquement pour une question de chronologie, et non pas d'importance, étant bien entendu que les états psychoneurasthéniques restent à nos yeux comme, étant avant tout, la conséquence de troubles fonctionnels que nous avons essayé de passer en revue et contre lesquels il importe de lutter avec tous les moyens dont nous disposons. Néanmoins ces malades sont loin d'être des malades ordinaires et il faut déplier son arsenal thérapeutique dans un ordre donné, l'arme psychothérapique étant la première. Jusqu'à quel point d'ailleurs ne procède-t-on pas de la même manière avec les malades atteints d'affections purement physiques ?

Nous avons vu plus haut que ces sujets étaient amenés le plus souvent au médecin, surtout au médecin spécialiste, après un temps parfois assez long, temps pendant lequel le patient a été plus ou moins traité, souvent sans résultats. L'état général est presque toujours précaire, quelquefois inquiétant, et constitue une indication à l'alitement. En règle générale il y a un bénéfice à tirer du repos complet qui ne peut être obtenu intégralement que couché, tout au moins au début. Cette mesure évite beaucoup de maladresses

de la part de la famille, correspond à des indications générales, telles que troubles cardiaques, anxiété avec énervements paroxystiques, permet d'éviter ou de réduire l'administration de médicaments chez des malades déjà intoxiqués.

a) *Régime.*

Si la diète lactée et le régime végétarien sont très souvent le principal moyen de désintoxication dont nous disposons, il n'en reste pas moins vrai qu'il est tout-à-fait contre indiqué de le prolonger pendant des périodes très longues comme il est extrêmement fréquent de le voir faire. Il suffit de songer à l'état humoral de ces malades qui est, comme nous l'avons vu, presque toujours en alcalose pour écarter un régime végétarien précisément alcalinisant du moins pendant un temps trop long.

Cette réserve faite, la nature du régime alimentaire va être dictée par l'état des organes digestifs ; or, ces individus sont le plus souvent hypopeptiques, insuffisants hépatites, constipés. Il leur sera, par conséquent, prescrit l'alimentation classique des insuffisants digestifs avec le rythme des boissons et les traditionnels conseils de mastication et d'absorption lentes des aliments. Nous n'insisterons pas. Il s'agit là d'une thérapeutique qui demande beaucoup de soins dans les détails mais qui est banale.

b) *Balnéothérapie.*

La balnéothérapie chaude va nous être d'un précieux secours d'une part contre l'anxiété du matin,

de l'autre contre l'insomnie. Quand le malade aura été autorisé à se lever, les bains seront poursuivis et donnés de la façon suivante : dans la matinée un bain d'une heure suivi d'une friction et d'un repos au lit d'une heure. Le soir, le bain ne durera que vingt minutes, sauf exceptions.

c) *Traitement médicamenteux.*

Les grands traits du traitement chimiothérapique sont tout tracés par l'état des différents organes qui auront été soigneusement examinés, par les examens de laboratoires qu'il y a tout intérêt à multiplier et répéter. Bien que ce traitement soit la conclusion logique de la pathogénie et que, par conséquent, il ne comporte en soi rien de bien particulier, quelques points de détails nous ont semblé dignes de nous retenir un peu.

Pendant la période aiguë de la maladie, au cours des accès, ces malades sont, en règle générale, dans un état d'énervement dont la manifestation psychique la plus habituelle est l'anxiété, et l'insomnie la manifestation physique.

L'acide phosphorique qui est un médicament s'adressant en réalité à l'alcalose sanguine est en même temps une arme excellente contre l'anxiété. Il y a souvent intérêt à le prescrire à dose élevée et pendant un temps prolongé dont la moyenne est de six semaines. Même quand il n'est pas possible de pratiquer les réactions biologiques nécessaires à déterminer l'état humoral, il semble que l'on soit autorisé à recourir à cette médication quand les signes de l'alcalose font partie du tableau clinique ce qui est à

peu près la règle. L'acide phosphorique dispense de la plupart des médicaments classiques de l'anxiété, cependant on peut être amené à y recourir. Le phosphate de soude nous a donné de bons résultats ainsi que les bromures dans les crises paroxystiques, tandis que l'opium et la strychnine ne nous ont guère donné que des déboires malgré leur popularité, et il semble bien que l'on soit autorisé à les considérer comme contre-indiqués.

L'insomnie met rapidement ces malades dans un état d'auto-intoxication marqué ce qui plonge le médecin dans le plus grand embarras : faut-il ajouter à cette auto-intoxication, l'intoxication chimique ?

Nous aurons l'occasion de revenir sur la technique et les indications de la balnéothérapie à ce point de vue. Malgré tous les bienfaits que l'on est en droit d'attendre d'elle, le plus souvent on est contraint au début de s'adresser aux hypnotiques et entre deux maux : auto-intoxication et administration de produits toxiques, choisir le moindre. Mais ce traitement ne doit pas être laissé au hasard et encore moins au caprice du malade. Mieux vaut ne pas prescrire d'hypnotiques que de ne pas le prescrire à dose suffisante pour obtenir l'effet cherché et il faut bien se garder de tomber dans ce travers pourtant fréquent de donner tous les jours une petite dose sans obtenir d'autres effets qu'une accumulation de produits toxiques sans action sur le sommeil. Il existe une règle très simple qui permet d'obtenir des succès avec le minimum de risques d'abus. C'est celle qui consiste à n'administrer l'hypnotique que le lendemain d'une mauvaise nuit ;

autrement dit ne pas accepter deux nuits mauvaises.

On dispose d'un très grand choix de bons médicaments : le chloral, le bromure associé à la morphine, le somnifère, le gardénal à très faible dose associé à la thyroïde (Somnothyril) nous donnent d'excellents résultats.

d) Opothérapie et médicaments neurotoniques.

L'opothérapie et l'administration des médications neurotoniques seront dictés par les recherches adéquates qu'il y a tout intérêt à multiplier : métabolisme basal, réaction de Kothman, épreuve de Parisot-Richard, réflexe oculo-cardiaque, l'interférométrie si elle répond aux espoirs que l'on fonde sur elle. Le Docteur Angelo Cocchi (clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Bologne) sur 34 cas de neurasthénie traités par l'opothérapie sexuelle a obtenu dans tous les cas une amélioration de l'état général et de la formule sanguine avec une augmentation de poids et une amélioration des troubles psychiques. L'auteur interprète ces résultats comme dûs à l'action excitante ou freinatrice de l'opothérapie sexuelle sur l'action des autres glandes, en particulier de la thyroïde, de la surrénale et de l'hypophyse.

L'adrénaline lutte efficacement contre l'hypotension qui joue, comme nous l'avons vu, un rôle extrêmement important dans la pathogénie des syndrômes psycho-neurasthéniques.

Il ne peut être, évidemment, question de parler de

traitement opothérapique « omnibus ». La clinique et le laboratoire seront, bien entendu, seuls maîtres. Il ne s'agit là que de cas d'espèce.

e) *Stations thermales.*

Les stations thermales sont d'un précieux secours après l'accès et, parmi celles-ci Divonne est une des plus indiquées. Les malades, en plus des bénéfices qu'ils pourront tirer des eaux, y trouveront des médecins spécialisés qui comptent de belles guérisons à leur actif.

Le traitement des neurasthéniques à Bagnères-de-Bigorre a fait l'objet d'une thèse soutenue à Paris par Gandy en 1904.

Les eaux de Bains-les-Bains, par un mécanisme qui a été exposé par le Docteur Massot dans sa thèse de Nancy de 1932, auraient une action particulièrement heureuse dans le traitement de ces états, en luttant contre les désordres organo-végétatifs si souvent rencontrés.

4° *Traitement étiologique*

Malgré leur efficacité, toutes ces thérapeutiques n'en restent pas moins symptomatiques. Cet ensemble de troubles, disparates en apparence, que nous avons tenté d'analyser et contre lesquels nous avons proposé des traitements, est bien souvent relié, l'expérience le prouve, à une cause commune, qui est très fréquem-

ment l'hérédo-syphilis, nous l'avons vu plus haut. Quelquefois évidente, quelquefois révélée par les examens de laboratoire, elle est bien souvent cachée. Elle existe au cours de ces états psycho-neurasthéniques avec une fréquence telle qu'il nous semble que l'on est autorisé à instituer un traitement même dans les cas où il n'y a que des présomptions. Les observations qui suivent montreront le bien-fondé de cette opinion.

Fait surprenant, le traitement par voie parentérale nous a donné des déboires et l'expérience nous a montré que les meilleurs résultats étaient obtenus par l'administration « per os » du mercure et de l'iode.

5° *Les Agents Naturels*

La dépression physique améliorée, la pression sanguine relevée, les atonies diverses tendent chaque jour à disparaître. Le malade a récupéré la force pour agir ; il ne s'agit plus que de lui apprendre à s'en servir utilement. Le moment est venu de faire de l'entraînement — qu'il s'agisse de labeur intellectuel ou musculaire, le ré-entraînement ne saurait être que très sagement progressif. Il ne peut, évidemment, s'agir de donner une règle dans la prescription du travail intellectuel qui n'est jamais qu'une question d'espèce et demande toujours un examen psychologique de chaque sujet. Mais il est certain qu'il est absolument légitime de parler de thérapeutique par le travail.

Quant à l'exercice physique, il n'est utilisable, bien entendu qu'après réparation de la tonicité par le

traitement somatique. Brissand a dit à ce propos :
« Vouloir imposer à un neurasthénique des exercices
« physiques auxquels il se refuse, c'est méconnaître
« la nature même de sa maladie, c'est le lancer sur
« un obstacle insurmontable. Il n'y a pas de plus
« mauvais conseil à lui donner que celui d'oublier
« son mal par l'entraînement physique ; l'épuisement
« neurasthénique ne s'oublie pas sur commande ; le
« résultat ne se ferait pas attendre : le malade aurait,
« une fois de plus la démonstration de son incapacité,
« et sa neurasthénie morale s'en accroîtrait d'autant ».

Cette réserve faite, il importe de connaître l'immense ressource que constituent les éléments naturels tels que grand air, soleil, eau et les séries d'exercices musculaires dont ils constituent à la fois le plus attrayant des décors et le plus salubre adjuvant. Bien compris, ces traitements naturels constituent une prophylaxie efficace contre le retour des accès.

6° *Prophylaxie*

Il est souvent possible de dépister, encore enfant, le candidat à un de ces états névropathiques que nous venons d'étudier. Les notions de terrains et l'importance du facteur héréditaire expliquent facilement que ces orages, les accès neurasthéniques, n'éclatent pas dans un ciel serein. On peut grouper déjà chez les enfants et les jeunes adolescents certains des signes physiques, en particulier les anomalies endocriniennes, que nous avons décrites plus haut, et les signes psychiques qui constituent le tempérament psychasthénique décrit par P. Janet.

Pour ces prédisposés aux névroses en général, il pourra y avoir beaucoup à faire : lutter contre la cause première de leur infériorité physique, la tare héréditaire (si les signes cliniques et biologiques y font penser) renforcer leurs défenses naturelles par les toniques naturels : air, eau, soleil, mouvement. Leur éducation sera le contre-pied de celle que dénonçait si vigoureusement François Heckel quand il s'élevait contre l'absence d'éducation volontaire. Nous avons rapporté plus haut son opinion dans une longue citation.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Toutes nos observations proviennent d'un groupe important de faits cliniques qui nous ont été obligeamment communiqués par notre maître le D^r Hamel. Nous ne rapporterons que celles qui nous ont paru les plus démonstratives.

Nous les avons groupées dans l'ordre suivant :

1° Celles dans lesquelles l'hérédo-syphilis est en cause. A ce sujet, nous faisons remarquer qu'il s'agit toujours d'hérédo-syphilis averée, attestée par des stigmates morphologiques, très souvent par des analyses biologiques et par des renseignements certains sur antécédents héréditaires.

2° Celles dans lesquelles l'hérédo-syphilis ne figure pas parmi les facteurs étiologiques. Elles sont surtout destinées à montrer le rôle pathogénique ou du moins la constance de l'alcalose sanguine et le mode habituel de traitement que nous employons, dans la majeure partie des cas, avec efficacité.

OBSERVATION N° 1

*(Etat psychoneurasthénique avec obsessions
hérédo-syphilis, alcalose)*

Mme C..., 33 ans, très instruite et très intelligente. Elle a deux enfants bien portants. Il y a 4 ans a fait un léger accès dépressif sans cause apparente, qui a duré 2 mois. Il y a un mois, abcès dans la gorge, congestion hépatique subictère, amaigrissement, convalescence lente et apparition d'obsessions : crainte de folie, elle se sent transformée, vide, ne reconnaît plus son moi. En même temps elle est déprimée, pleure, se croit incurable.

Etat physique satisfaisant, aucune lésion organique apparente. A signaler lobes des oreilles adhérents et voûte du palais ogivale.

Réactions du sérum :

Hecht : positif.

Kahn : positif.

Calmette-Massol : négatif.

Sacobsthal : négatif.

Fonctionnement rénal :

Constante d'Ambard : 0,76.

Fonctionnement hépatique :

Rapport azotémique : 37 % au lieu de 45 %.

p. H. : 7,41.

T. A. : 12/8.

Mésabolisme basal : — 5,4 %.

L'hérédo-syphilis a été confirmée par l'oncle de la malade. Aucun antécédent névropathique n'a pu être relevé.

Traitement : Psychothérapie pratiquée suivant les principes que nous avons exposés.

Traitement de l'alcalose par Ionyl.

Amélioration rapide.

Traitement de consolidation. Guérison.

OBSERVATION N° 2

*(Etat psychoneurasthénique simple
chez une hérédo-syphilitique, alcalose)*

Mme H..., 38 ans, mariée, mère d'une fillette de 8 ans.

A. H. : père syphilitique.

A. C. : une sœur atteinte de démence précoce.

Depuis plusieurs mois état de dépression avec douleur en casque, rachialgie, faiblesse irritable, quelques craintes de folie. L'examen ne révèle aucun trouble physique important.

Réactions du sérum :

B. W. négatif.

Réaction de Kahn négative.

Cette même réaction pratiquée chez la fille de la malade a été positive. Celle-ci présente d'ailleurs des troubles du caractère (nervosisme et instabilité) qui inquiètent la famille.

Traitement : Il a été des plus simples et couronné d'un rapide succès.

La malade a eu un second enfant normal.

OBSERVATION N° 3

*(Etat psychoneurasthénique grave avec obsessions
chez une hérédo-syphilitique, alcalose)*

Mme A..., 40 ans, présentant de gros stigmates dégénératifs, en particulier une cécité complète d'un œil, acuité visuelle presque nulle de l'autre, malformations cranio-faciales importantes, denture très défectueuse, tremblement congénital surtout marqué aux mains. Présente un certain degré de débilité mentale.

Etat dépressif avec obsessions. Crainte de folie, de mort, céphalée presque constante avec exacerbations, « douleurs terribles ». Crises anxieuses avec instabilité, impossibilité de rester couchée, assise ou même debout sans mouvement. Insomnie absolue. Préoccupation grave au sujet de sa santé. Impression de manque d'air, de faiblesse, etc... Signes d'insuffisances hépatique et ovarienne.

p. H. : 7,50.

Traitement : Psychothérapie usuelle. Alitement continu pendant 4 jours. Maintien dans une clinique. Traitement de l'insomnie et de l'anxiété avec succès par le Belladéнал.

Institution d'un régime et prescription de cholagogues (insuffisance hépatique).

Au bout de 8 jours, amélioration notable : le calme est revenu, les fonctions digestives sont améliorées. Traitement de l'alcalose par l'Ionyl.

Au bout de 15 jours la malade rentre chez elle considérablement améliorée.

Traitement de consolidation antisypilitique (Elixir Déret).

A repris ses occupations normales.

OBSERVATION N° 4

(Etat psychoneurasthénique sévère, avec crises anxieuses et obsessions chez une hérédo-syphilitique à antécédents névropathiques, alcalose.)

Mme B., 27 ans.

A. H. : père mort P. G. à 45 ans, tante paternelle idiote, grand-mère morte folle.

A. P. : a trois enfants bien portants.

En 1925, dyspepsie, ptose, nervosisme.

1926-1927, fatigue générale et amaigrissement.

1927-1928, subictère, congestion hépatique, deux séjours à Vichy, bons résultats.

A partir de ce moment craintes de mort.

En novembre 1929, premières crises nerveuses de type névropathique, insomnie, peur de la folie, phénomènes psychosensoriels consistant en représentations vives.

Crises anxieuses, obsessions, peur de sortir.

En mars 1930 l'obsession-folie est remplacée par une obsession d'un autre ordre, la malade se dit amoureuse et poussée impérieusement vers l'homme qu'elle aime, elle s'accuse, se confesse à son mari, mais ne peut se défendre de cette obsession qui entraîne de terribles crises d'anxiété et des crises névropathiques. Retentissement grave sur l'état général. Insomnie complète, amaigrissement considérable.

C'est dans cet état que nous sommes appelés à voir la malade.

L'examen neurologique est négatif ainsi que l'examen splanchnique.

La réaction de Wasserman est négative.

Alcalose sanguine : p. H. : 7,56 ; R. A. : 51,8.

Traitement : Psychothérapie.

Alitement pendant 3 semaines dans une clinique où elle demeure 2 mois.

Hypnotique. Phosoforme.

Sort guérie au bout de deux mois, ayant augmenté de 9 kilos.

Traitement de consolidation (Elixir Déret).

N'a jamais présenté aucune rechute.

OBSERVATION N° 5

(Etat psychoneurasthénique grave avec impulsions et obsessions chez une hérédo-syphilitique)

Mlle G.. (Aline), 28 ans, célibataire.

A. H. : père tabétique. Mère nerveuse, ayant présenté une crise neurasthénique sans avoir interrompu ses travaux ; plusieurs fausses couches.

A. C. : un frère bien portant, une sœur bacillaire, mariée.

A. P. : convulsions infantiles, bronchites à répétition.

Etat physique : Strabisme externe et perte de la vision de l'œil gauche. Anémie, nervosisme, hyperémotivité, insuffisance ovarienne.

Etat mental : Trois fois par an, accès de dépression avec obsessions impulsives qui se traduisent par des crises d'onanisme effréné. Sujet à vie religieuse très intense qui repousse toute idée de mariage et n'entretient jamais consciemment aucune représentation, aucun désir d'ordre charnel. Entre les crises maîtrise absolue et facile de tout ce qui peut toucher en elle à la sexualité.

Traitement : Nombreux sédatifs et toniques. Malgré un Wasserman négatif, élixir Spes, opothérapie thyro-ovarienne ; cessation des crises ; grande amélioration ; manifeste une grande satisfaction et se dit transformée.

A noter que l'hérédité névropathique pourrait être invoquée. Mais l'état neurasthénique signalé chez la mère ne peut-il être dû à la spécificité acquise puisque le mari est tabétique ?

OBSERVATION N° 6

(Etat psychoneurasthénique avec phobies et obsessions chez un hérédo-syphilitique)

Dr... (Louise), 38 ans.

A. H. : père P. G.

A. P. : rien dans l'enfance. Mariée (avec un mari bien portant, intelligent), deux enfants : 8 et 10 ans, dont un

instable et un adénoïdien, tous deux porteurs de nombreux stigmates caractéristiques d'hérédo-syphilis.

Caractère aimable, consciencieux, hyperémotif. Intelligence vive, instruction développée.

Etat mental : Depuis quelque temps, à la suite d'ennuis et de fatigue, état dépressif surtout physique, puis obsessions, impulsions de nature très pénible (a peur de tuer ses enfants), nosophobie, angoisses physiques et psychiques. Insomnies et finalement état neurasthénique caractérisé.

L'examen physique ne décèle aucun stigmate morphologique d'hérédo-syphilis, mais on constate des troubles gastro-intestinaux avec insuffisance hépatique, hypotension artérielle, amaigrissement, ptose viscérale, anémie, extra-systoles fréquentes, vagotonie, insuffisance ovarienne et thyroïdienne.

Réactions du sérum :

Hecht : positif.

Calmette et Massol : négatif.

Meinicke : négatif.

Traitement : Hygiénique, opothérapie associée, traitement spécifique de consolidation (arsenic non toléré, Quinby soluble).

Evolution : Amélioration lente et progressive. Guérison en huit mois. La guérison se maintient depuis plus de trois ans.

OBSERVATION N° 7

(*Etat psychoneurasthénique simple
chez un hérédo-syphilitique*)

Ric... (Alph), 42 ans, instituteur.

A. H. : père décédé de myélite ; mère robuste ; enfant unique.

A. P. : rien à signaler dans l'enfance et la jeunesse ; marié, pas d'enfant.

Etat mental : Depuis plusieurs années, à la suite de fatigue de guerre et d'ennuis financiers, dépression physique et psychique avec nosophobie.

Etat psychique : Pas de gros stigmates d'hérédosyphilis, légère asymétrie faciale, débilité motrice. Vivacité des réflexes tendineux. Troubles gastro-intestinaux, insuffisance hépatique, hypotension artérielle, extrasystoles, vagotonie, insomnie.

Réaction du sérum :

Hecht : positif.

Calmette et Massol : négatif.

Meinicke : négatif.

Traitement : Suivi de façon irrégulière ; malade indocile ; tendance paranoïaque. Etat médiocre, stationnaire (après 3 ans).

OBSERVATION N° 8

*(Etat psychoneurasthénique ancien
chez un hérédosyphilitique)*

Ph... (Joseph), 51 ans, comptable.

A. H. : père mort à 50 ans (cardiaque) ; mère morte âgée ; enfant unique.

A. P. : pas de maladies graves dans l'enfance et la jeunesse, intelligence normale, bonne instruction ; marié, pas d'enfant.

Etat mental : Au cours de la guerre, en 1917, a commencé à présenter des troubles nerveux consistant en insomnies et préoccupations nosophobiques accompa-

gnées d'un grand amaigrissement et de violentes céphalées.

Traité par psychothérapie et prescriptions hygiéniques, a présenté des alternatives d'amélioration légère et d'aggravation.

Actuellement dépression neurasthénique avec pleurs, crainte de mort prochaine, nosophobie, sensation extrême de lassitude dans l'après-midi, insomnies fréquentes.

Etat physique. — L'examen ne montre pas de stigmates morphologiques d'hérédosyphilis.

Le foie est gros, la constipation habituelle. Hypotension, extrasystoles, insuffisance thyroïdienne et un certain degré d'aplasie génitale et vasculaire.

Réaction du sérum :

Hect : positif.

Calmette et Massol : négatif.

Meinicke : positif.

Traitement : Etat amélioré par l'opothérapie glandulaire. Malade indocile (tendance paranoïaque) ; guérison incomplète.

OBSERVATION N° 9

*(Enfant émotif, hérédosyphilitique,
présentant des crises psychoneurasthéniques légères)*

Vinc... (Armand), 8 ans.

A. H. : père alcoolique ; mère bien portante.

A. C. : une sœur, un frère atteint d'arriération et perversion instinctive, trois frères et sœurs morts de méningite.

Etat physique : Hernie ombilicale. Taille 1 m. 23 ; incisives supérieures écartées. Axxyphoïdie.

Tension artérielle : 10/6.

Pouls : 56.

R. O. C. : 96/68.

Réactions du sérum B. W. :

Hecht : négatif.

S. ch. : positif.

Jacobsthal : négatif.

Meinicke : négatif.

Réactions du C. R. hypertension.

Wasserman : positif.

Jacobsthal : négatif.

Lymphocytes : 0,2.

Albumine : 0,20.

Etat mental : Ce jeune malade est très émotif et a présenté des crises de dépression qui laissent penser qu'il est candidat à un état psycho-neurasthénique probable.

OBSERVATION N° 10

(Etat psychoneurasthénique survenant chez une enfant surnormale, fille de P. G.)

Mlle Kiet... (Irène), 14 ans.

A. H. : père décédé en 1921 de P. G. ; mère normale.

A. C. : une sœur, 7 ans, bien portante.

A. P. : née à terme. Ictère des nouveaux-nés, entérite pendant un an, puis bonne santé, croissance rapide ; à 14 ans : poids, 70 kilos ; taille 1 m. 60 ; intelligence rare, certificat d'études (première) à 10 ans. Raisonnement et jugement de femme. Bon caractère mais autoritaire.

En mars 1928, dépression subite, physique et psychique. Perte de l'appétit, amaigrissement rapide 23 kilos

en 7 mois), insomnie, idées de suicide. Manifestation pithiatiques. Séjour à la mer (Calais).

Traînée d'abord par Ferroxal-Hémostyl. Phosphathénique Dausse sans grande amélioration.

En octobre 1928, confiée à nos soins.

Réaction du sérum :

B. W. négatif.

Constante uréo-secrétoire : bonne (0,072) mais rapport azotémique mauvais (27,5 %).

Traitement : Psychothérapique, opothérapique, hépatique. Arsaminol.

Guérison en 3 mois avec retour à la normale du rapport azotémique.

OBSERVATION N° 11

(Etat psychoneurasthénique grave chez une hérédosyphilitique ayant présenté des manifestations tuberculeuses, alcalose.)

Mme D..., 25 ans, mariée.

A. H. : père syphilitique.

A. C. : une sœur intelligente portant des stigmates marqués d'hérédosyphilis.

A. P. : pleurésie en 1925 ; a eu une grossesse.

Quand nous voyons cette malade, elle est enceinte de 7 mois et présente des troubles de la série neurasthénique et des obsessions : craintes obsédantes des maladies diverses, crainte de mort, de devenir folle, idées à caractère dépressif, craint de ne plus aimer son mari, ses parents, son enfant comme elle le devrait. Nombreuses douleurs à localisations multiples. Palpitations. Battements aortiques. Insomnie.

T. A. : 12-8.

Alcalose sanguine :

p. H. : 7,50.

R. A. : 53,4.

Traitement : S'est montré peu efficace en raison surtout de l'indocilité absolue de la malade qui présente des troubles du caractère très accentués.

OBSERVATION N° 12

(Etat psychoneurasthénique, avec idées obsédantes, causes occasionnelles importantes, alcalose)

Mad. F..., 38 ans.

A. H. : père bacillaire.

A. C. : nombreux frères et sœurs bien portants, mais 3 morts en bas-âge.

Constitution robuste. Mariée, mère d'un enfant de 10 ans. Souffrance morale considérable pendant la guerre (nombreux traumatismes sexuels).

Traitée il y a 2 ans pour un accès de dépression. A ce moment elle avait la phobie des couteaux, des ciseaux, etc...

Le début de la maladie aurait été marqué par une insomnie de 60 jours ?

Traitée et légèrement améliorée, elle subit en octobre 1932 une rechute grave avec idée obsédante de se couper la gorge.

La malade nous est adressée à ce moment. Son état général est satisfaisant. Elle accuse quelques troubles hépatiques et gastriques.

T. A. : 9-15.

Alcalose sanguine :

p. H. : 7,5.

R. A. : 45,9.

Traitement : Janvier 1933 : Antasthème et hypnotique, Phosoforme Néo-Tannurgyl. Génésérine.

Psychothérapie.

En mars 1933 : Amélioration sérieuse.

Revue en avril. L'amélioration a progressé. La malade qui avait l'obsession de tuer sa fille et sa mère vit heureuse à côté d'elles et mène une vie très active.

Revue en mai en excellent état de santé physique et mental.

OBSERVATION N° 13

*(Etat psychoneurasthénique
traité empiriquement avec succès)*

M. F...

Asthénie et dépression très marquées, avec douleurs, troubles digestifs, tics, soubresauts, pollutions nocturnes ayant un gros retentissement mental en raison de l'austérité habituelle du malade. Obsessions, scrupules, terreurs, angoisses. Amaigrissement, insomnie.

Traitement (début février 1930) : Cure psychothérapique.

Phosoforme sans aucune indication spéciale.

Guérison complète en avril 1931. Pas de rechute.

OBSERVATION N° 14

*(Malade sans antécédents spéciaux,
alcalose. Guérison)*

Mme B...

Jeune femme de 28 ans, intelligente et instruite, hyperémotive. Insuffisance ovarienne marquée. Accès psychoneurasthénique en février 1932 (insomnie, fatigue in-

tense surtout le matin, aboulie, dégoût du travail, tristesse profonde. Crises de larmes, rachialgie, céphalée violente et tenace).

Eczéma récidivant des mains.

Alcalose :

p. H. : 7,49.

R. A. : 55,6.

Traitement : Psychothérapie.

Ionyl. Antasthène. Hypnotique. Ovarine.

Guérison au bout de deux mois.

Rechute insignifiante en décembre 1932, aussitôt entrayée par une médication acédifiante.

Malade revue en juin 1933 en parfait état.

OBSERVATION N° 15

(Antécédents tuberculeux)

Mme B...

A. H. : mère tuberculeuse.

A. C. : une sœur tuberculeuse.

A. P. : première crise psychoneurasthénique en 1921 quelque temps après son mariage (obsessions et phobies, craint d'avoir un enfant trop gros).

Un traitement psychothérapique faisant appel aux données de la psychanalyse échoue complètement par suite d'un phénomène de transfert qui oblige à cesser le traitement.

Placée dans une maison de santé pendant deux ans sort légèrement améliorée.

En mars 1931, pleurésie. Dès après elle présente des phénomènes douloureux à localisations diverses, des états obsédants, dépression matinale, insomnie.

A ce moment on constate une alcalose :

p. H. : 7,46.

R. A. : 43.

Traitement : Psychothérapie.

Traitement habituel de l'alcalose, de l'insomnie.

Amélioration très grande à partir d'octobre 1931.

Revue le 31 mai 1932 encore améliorée.

OBSERVATION N° 16

(Etat psychoneurasthénique très profond chez un grand émotif, aggravé par un traitement psychanalytique mal conduit.)

M. C., jeune homme de 25 ans.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Rien à signaler comme antécédent personnel. Individu extrêmement cultivé, très instruit (licence ès sciences, licence de philosophie, bachelier en droit), grand émotif.

Marié.

Etat dépressif, remontant à plusieurs mois, avec troubles du caractère, irritabilité, violences vis-à-vis de sa jeune femme, céphalée, impuissance au travail.

A été traité successivement dans plusieurs maisons de santé, et a subi récemment un traitement psychanalytique maladroit. Il a ainsi appris « qu'il avait tous les vices et les plus grandes chances de finir dans la démence précoce ».

Au moment où nous le voyons, son alcalose sanguine est marquée : p. H. : 7,50.

Traitement : Début du traitement mai 1930.

Psychothérapie.

Hydrothérapie tiède. Phosoforme. Anthasthène.

Amélioration très sensible en fin juin.

Convalescence et reprise du travail en octobre. Un peu

plus tard succès brillant à la licence en droit, et guérison complète attestée par une lettre dont il faut citer le passage suivant : « J'ai le plaisir de vous confirmer mon complet rétablissement et mon succès avec mention à la licence en droit. Je vous remercie d'avoir été l'artisan de ce rétablissement et de m'avoir sauvé des terreurs de la psychanalyse ».

Depuis, carrière très brillante dans l'administration sans aucune rechute.

OBSERVATION N° 17

*(Etat de dépression avec anxiété chez un sujet âgé,
hypertendre en alcalose)*

M. C..., 64 ans.

Ancien buveur.

A présenté un état de dépression avec anxiété se traduisant par des tremblements intentionnels et de l'astasie-abasie cédant à la persuasion.

Alcalose sanguine : p. H. : 7,46.

R. A. : 62.

T. A. : 20-14.

Traitement : Phosoforme et régime.

Très grosse amélioration de l'état mental.

Décédé d'ictus peu après.

OBSERVATION N° 18

*(Etat psychoneurasthénique chez un sujet âgé,
sans hypertension)*

M. F..., 82 ans. Ayant toujours eu une bonne santé

Instabilité motrice.

Astasie-abasie légère. Réflexes normaux.

Dépression profonde, particulièrement matinale.

Tristesse, pleurs, céphalée, insomnie.

Intelligence intacte.

Alcalose : p. H. 7,49.

Traitement : Psychothérapie.

Hydrothérapie tiède et frictions.

Traitement de l'insomnie.

Phosoforme.

Guérison de l'accès en 6 semaines.

OBSERVATION N° 19

(Asthénie et dépression chez une enfant de 10 ans)

M^{lle} X..., 10 ans, bien conformée, maigre.

A. H..., père 45 ans. Néphrite urémigène avec hypertension, nerveux, grand émotif.

Mère bien portante.

A. C..., trois frères et sœurs bien portants.

L'enfant n'a jamais été malade. Elle est intelligente, douce et affectueuse.

Depuis quelques semaines, elle présente chaque matin un état « bizarre », consistant en dépression, mutisme, anorexie. Elle gémit au moment de se lever, accuse une asthénie profonde à tel point qu'elle ne peut aller en classe le matin.

A midi, cet état se dissipe, l'enfant mange bien, va en classe, le soir, elle est gaie, fait ses devoirs, apprend ses leçons, dîne de bon appétit et ne se couche qu'à 10 heures du soir (!)

L'examen ne relève aucune altération organique ou neurologique.

L'interrogation permet d'apprendre que l'enfant tous les matins a mal. Mais il lui est impossible de localiser la douleur. On saisit ici là nature de l'état neurasthénique réduite à ses manifestations somatiques, entraînant cependant un état cœnesthésique triste.

Dans ce cas, les facteurs étiologiques sont constitués par une certaine hérédité nerveuse qu'il faudrait peut-être interpréter comme provenant d'une diathèse familiale l'état du père et d'autre part des fautes d'hygiène graves. L'enfant chétive levée à 7 heures, couchée à 10 heures.

CONCLUSIONS

Sans reprendre, point par point, les données pathogéniques et thérapeutiques indiquées au cours de ce travail, il est possible d'en résumer la substance en quelques lignes, qui en formeront les conclusions :

I. — Au point de vue étiologique, il faut considérer l'apparition des états psychoneurasthéniques non point en manière d'accidents fortuits au sein d'une famille parfaitement saine, mais au contraire comme manifestations d'une tare familiale. Les antécédents, souvent chargés des patients en sont la preuve ; un rôle prépondérant paraît joué par l'hérédo-syphilis, facteur prédisposant d'importance majeure.

II. — La pathogénie des états psychoneurasthéniques s'éclaire par la conception du « cercle vicieux » : Mieux que les doctrines organiscistes pures ou exclusivement psychogènes, elle répond à la réalité des faits observés. C'est par l'interaction des facteurs psychiques (affectifs), humoraux et neuro-végétatifs, qui se succèdent, s'aggravent les uns les autres, s'intriquent indissolublement, que s'explique la nature complexe des troubles observés.

III. — Parmi ces chaînons, qui tous ont leur importance, un facteur humoral à peu près constant est représenté par l'alcalose sanguine. Ce facteur, intime-

ment lié à l'état vagotonique, est capable à lui seul de conditionner l'état asthénique fondamental. Aussi doit-il être l'objet de l'attention du médecin, et ce, d'autant plus qu'il peut être facilement modifié par le traitement.

IV. — Au point de vue thérapeutique, nous rappellerons l'importance primordiale de la psychothérapie, qui cependant demeure inefficace si le médecin ne se souvient des notions précédentes. Véritable malade, le psychoneurasthénique doit être l'objet d'une thérapeutique active : symptomatique, en particulier acidifiante.

Enfin, quand l'état infectieux, héréditaire ou acquis, syphilis, tuberculose, peut être décidé, la médication spécifique doit être employée à consolider les résultats obtenus par la psychothérapie et le traitement des symptômes.

Vu :
Nancy, le 31 Mai 1933.
Le Président de Thèse,
MICHEL.

Vu et approuvé :
Nancy, le 1^{er} Juin 1933.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Nancy, le 2 Juin 1933.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- BACCARANI. — Syndrome neurasthéniforme des petites infections chroniques secrètes. (La Réforme médicale, t. XLVI, n° 6, 10 mévrier 1930.)
- BEARD. — Cas de neurasthénie avec remarques sur le traitement. (Journal médical et surg. St-Louis, 1879, p. 225.)
- BENON. — Les complications tardives de la neurasthénie vraie. (Progrès médical, 25 février 1928.)
- BENON. — La neurasthénie vraie. (Paris, in-8, 1926.)
- BÉRIEL. — Eléments de psychiatrie. (Paris, 1929.)
- BOREL et CENAC. — Rapport sur l'obsession. (Congrès des Psychanalystes de langue française, 1933.)
- BOUVERET. — La neurasthénie. (Paris, 1931.)
- CHADELY. — Rythme paradoxal de fatigue et équilibre acide-base dans la neurasthénie.
- COCCHI. — L'opothérapie sexuelle dans la neurasthénie. (Clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Bologne. Endoct. Bd II Heft 1932.)
- COPLANS. — Neurasthenia and shell-shoc. (The Lancet, n° 5644, 31 october 1931.)
- COUÉ. — La maîtrise de soi-même. (Nancy.)
- COUPLE. — Dyspepsie neurasthénique. (Gazette médicale de Paris, 15 août 1927, p. 512.)
- CRÉMIEUX. — Quelques mots sur la conception actuelle de la neurasthénie.

- CRÉMIEUX (Albert). — Neurasthénie considérée comme symptôme de trouble de l'émotion. (*The Ame. S. of the med. Sc.* CLXXXI, n° 3, mars 1931, p. 323.)
- DAVIS. — Mechanism of neurasthenia among ea service men. (*U. S. V. Bur M. Bul.* 549, juin 1927.)
- DÉJERINE. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. (Paris, 1911.)
- DESCHAMPS (Albert). — L'état psychique des neurasthéniques. (*Société de psychologie*, Paris, 1924.)
- DEVAUX. — Les anxieux.
- DROUET et HAMEL. — L'hérédo-syphilis mentale. (Mason, 1930.)
- DROUET, HAMEL, VERAIN. — Recherches sur l'équilibre acide-base chez les anxieux.
- DUBOIS (André). — La neurasthénie féminine étiologie et thérapeutique. (*Le Scalpel*, t. LXXXIII, Liège, janvier 1930.)
- FLEURY (Maurice de). — Les grands syndrômes neurasthéniques. (Paris, 1901.)
- FLEURY (Maurice de). — Les états dépressifs et la neurasthénie. (Paris, 1924.)
- GRIFFITH. — Apparition fréquente de capillaires cutanés anormaux dans les états neurasthéniques constitutionnels. (*The An. of Med. Sc.*, n° 2, février 1932, p. 180.)
- GUILLAUME. — Vagotonies. Sympathicotonies. Neurotonies. (Paris, 1928.)
- HARTENBERG. — Traitement des neurasthéniques. (Paris, in-16, 1912.)
- HARTENBERG. — Les Timides et la Timidité. (Paris, 1902.)

JANET. — Les médications psychologiques. (3 vol., Paris, 1919-1925.)

JANOWSKI. — La forme pseudo-neurasthénique de la tuberculose pulmonaire. (Paris Méd. 2: 153-1601, 27 août 1927.)

HESNARD. — Les syndromes névropathiques. (Paris, (Paris, Douin, 1927.)

LAIGUEL-LAVASTINE. — La pratique psychiatrique. (Paris, 1927.)

LAIGUEL-LAVASTINE. — Vagotomie et alcalose. (Presse médicale, 29 septembre 1928.)

LEVY-DARRAS. — La neurasthénie artério-scléreuse. (J. de Médecine de Paris, n° 27, juillet 1927.)

LIAN et BLONDEL. — Rapport au Congrès de Médecine de Montpellier de 1929.

I. M. MAC KENNEN. — Neurasthenia, résumé. (Atlantic M. J. 31: 368-371 mars 1928.)

MARTINET. — Thérapeutique clinique. (Masson, 1926.)

MASSOT. — De l'action de quelques eaux minérales vosgiennes sur le système neuro-végétatif. (Fac. de Nancy, 1932.)

MONTASSUT. — Rythme paradoxal de fatigue et de l'asthénie dans une forme particulière de neurasthénie. (Progrès médical, n° 50, 8 décembre 1928, p. 2078.)

MONTASSUT et DELAVILLE. — L'alcalose et le rythme de fatigue au cours des états neurasthéniques. (Soc. de Psychiâtrie, 20 mars 1930.)

NATHAN. — Les Psychoses évitables (Maloine).

NEUBERGER. — Les neurasthéniques et leur traitement. (Vie Méd., février 1926.)

PRON. — Pathogénie de la neurasthénie. Thèse, Paris, 1904.

PROUST. — Hygiène du neurasthénique.

POLET. — Hygiène mentale.

RÉGIS et HESNARD. — La psycho-analyse et les névroses. (Paris, Alcan, 1914.)

RIVIÈRE. — Psychothérapie de la neurasthénie. (Gaz. Méd. de Paris, 11 janvier 1911.)

SAVIGNAC (R.) et SARLÈS (R.). — Le syndrome névropathique de neuro-psychasthénie dans les colites de putréfaction. (Ach. des maladies de l'ap. digestif 18: 157-175, fév. 1928.)

SANTENOISE. — Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. (Encéphale, n° 7, 1927.)

SANTENOISE. — Pneumogastrique et glandes endocrines.

SANTENOISE. — Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale.

SANTENOISE. — Variation digestive du taux leucocytaire, leur rapport avec l'état neuro-végétatif et l'insuffisance hépatique. (Annales de Médecine, 7 juillet 1923.)

SKOTTOWE (Ian). — The dumping ground of neurasthenia. (The Lancet, n° 11, janvier 1930.)

SZONDI (I.). — Contribution à l'étude de la question de la neurasthénie. (Congrès neurologique international, Berne, août 1931.)

TARDIEU. — Neurasthénie vraie et tuberculose. (Paris Médical, 1924.)

THOMAS. — Psychothérapie. (Paris, in-8, 1912.)

ROBERT VAN DER EBST. — Neurasthénie. (Presse Médicale, n° 60, 27 juillet 1924.)

ROBERT VAN DER EBST. — Nervosisme et tempérament nerveux. (Presse Médicale, n° 64, 10 août 1927.)

VERAGUTH (Otto). — Die Kenneicelm der Heilung duch Psychothérapie. (Sch. med. Woch, n° 35, 27 août 1925.)

WALKER (H.-M.). — Gidduress in neurasthenia. (Lancet 1078, 21 mai 1927.)

WOODS. — Neurasthenia. (J. Iowa Med. Soc. 21: 485-489, sept. 1931.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION		11
I. — PATHOGÉNIE		17
1° <i>Historique de la pathogénie</i>		17
a) Théories organiques		18
b) Théories psychiques		20
2° <i>Essai de pathogénie</i>		28
3° <i>Pathogénie des symptômes</i>		30
a) Fatigue		30
b) Troubles digestifs		35
c) Troubles circulatoires		37
d) Troubles du sommeil - céphalée		41
e) État mental		44
4° <i>Le facteur constitutionnel</i>		55
5° <i>Rôle de la cause déterminante</i>		60
II. — TRAITEMENT		65
1° <i>La question de l'isolement</i>		66
2° <i>Psychothérapie</i>		67
3° <i>Traitement physique</i>		74
a) Régime		75
b) Balnéothérapie		75
c) Traitement médicamenteux		76
d) Opothérapie		78
e) Stations thermales		79
4° <i>Traitement étiologique</i>		79
5° <i>Les Agents naturels</i>		80
6° <i>Prophylaxie</i>		81
III. — OBSERVATIONS		83
IV. — CONCLUSIONS		101
V. — BIBLIOGRAPHIE		103

